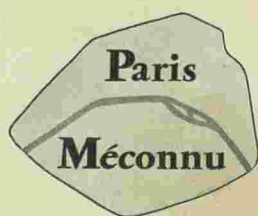


PHOTO FÉHER





Paris

Méconnu

## LA MAISON DE FRANÇOIS 1<sup>er</sup>

Cours Albert 1<sup>er</sup>, angle de la rue Bayard. Elle a tant de grâce, avec Jean Goujon, qu'elle évoque irrésistiblement le temps où " le bonheur était à l'ordre du jour ". Le roi la fit bâtir en 1523, à Moret-sur-Loing, vraisemblablement pour une de ses maîtresses... ou pour sa sœur Marguerite qui tenait cour de bel esprit.

En 1826, un particulier, qui venait de l'acheter à l'État, la fit transporter à Paris, toutes pierres numérotées, là où elle se trouve aujourd'hui. Allez vite la voir ; selon projet ministériel, dans six mois, un an peut-être, elle aura regagné Moret et retrouvé ses fantômes.

# NICICALCIUM

Vitamine C

AMPOULES BUVABLES  
CALCITHÉRAPIE STIMULANTE

**G**oût très agréable

Utilisation parfaite du Ca  
et de la Vitamine C ingérés  
Économie de Ca et de Vitamine C  
Action stimulante générale

*Adultes 10 cc. - boîtes de 10*  
*Enfants 2,5 cc. - boîtes de 12*  
*(2 ampoules par jour)*

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES ALBERT ROLLAND

4, Rue Platon

Paris XV<sup>e</sup>

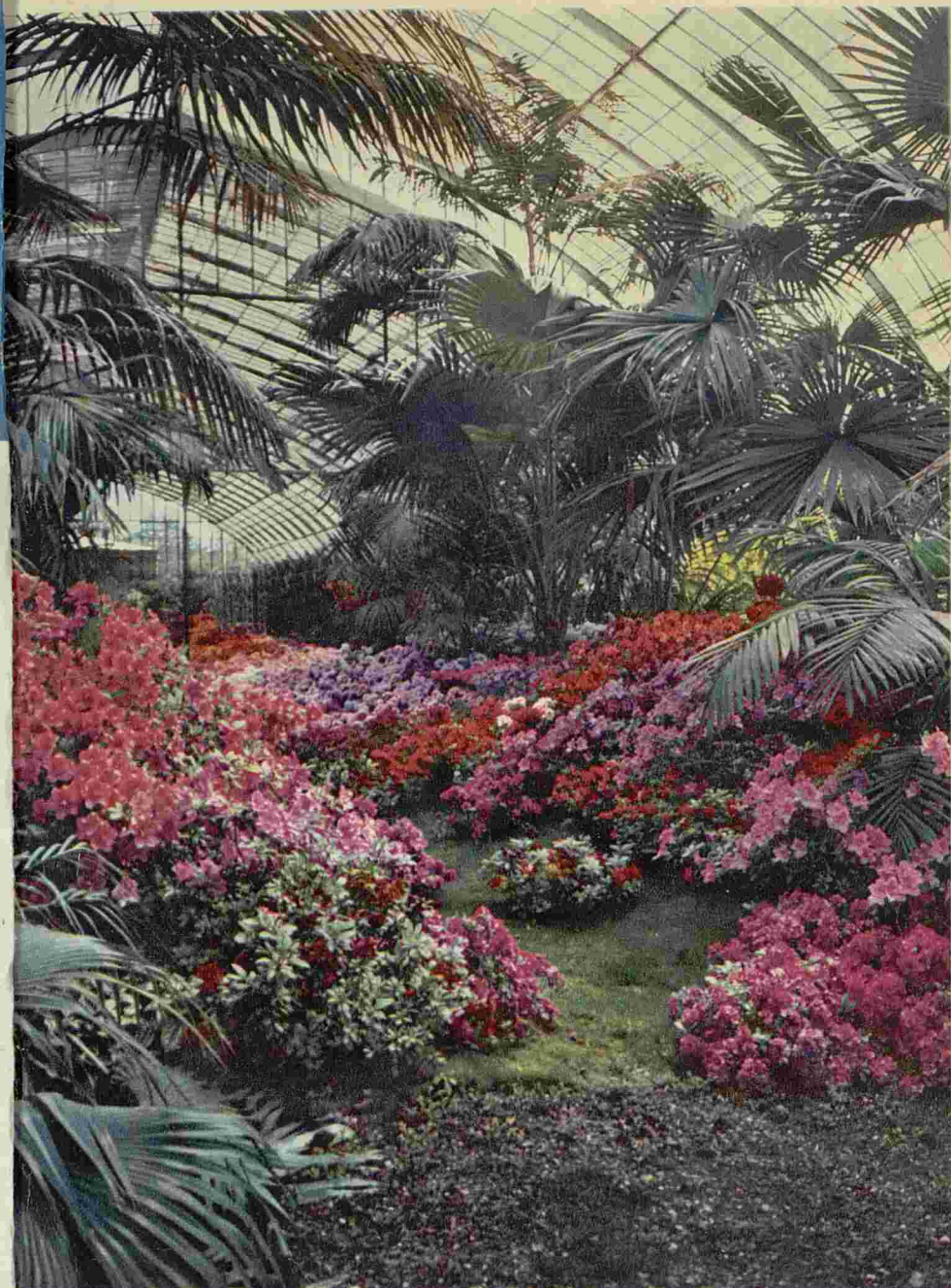


FOTO FÉHER

Paris  
Méconnu



## LES SERRES DE LA VILLE DE PARIS

Paris sait se parer. Parmi les innombrables réserves de ses joyaux, les Serres de la Ville ont une place de choix. Des milliers et des milliers de fleurs occupent les soif jaloux de ces silencieux artistes que sont les jardiniers.

Dans cette fabuleuse débauche de coloris, vous avez une large après-midi d'un plaisir de qualité rare ; et nulle part ailleurs vous ne percevrez mieux que là

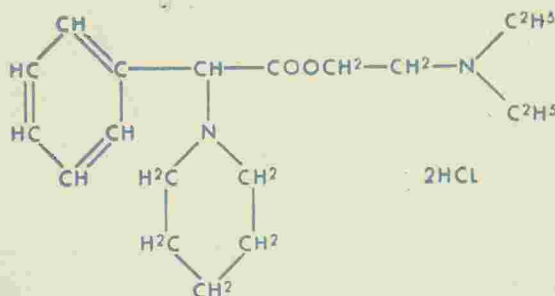
*" les parfums, les couleurs, la tendresse de vivre... "*

Paris

Méconnu

# Novosparol

Spasmolytique de synthèse



Colites spasmodiques  
Ulcères gastro-duodénaux  
Coliques hépatiques et néphrétiques  
Toutes manifestations spasmodiques

DRAGÉES 0,05 g  
Boîtes de 30 dragées

SUPPOSITOIRES 0,10 g  
Boîtes de 3 suppositoires

AMPOULES 2 cc 0,025 g  
( Injections I.M. )  
Boîtes de 6 ampoules

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ALBERT ROLLAND

4, Rue Platon

Paris - XV<sup>e</sup>

# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS DE  
\_\_\_\_\_TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS \_\_\_\_\_

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

## GADÉOL 20

AMPOULE  
BUVABLE  
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHÉRAPIE D ET A  
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

*Biosedra*

LABORATOIRE BIOSEDRA - 60, RUE DE ROME - PARIS-8<sup>e</sup>

TUNISIE : R. FALDINI, 6, Rue d'Avignon — TUNIS



# BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS (III<sup>e</sup>)

# LA TUNISIE MEDICALE

1956

## LA TUNISIE MEDICALE

adresse à ses lecteurs, ses collaborateurs  
et ses annonceurs *ses vœux les meilleurs.*





# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| — Le Rédacteur en Chef .....                                   | D <sup>r</sup> M. UZAN                               | } Comité<br>de lecture |
| — Le Rédacteur en Chef Adjoint .....                           | D <sup>r</sup> J. CUÉNANT                            |                        |
| — Le Président de la Société des Sciences Médicales .....      | D <sup>r</sup> R. LADJIMI                            |                        |
| — Messieurs les .....  | D <sup>r</sup> H. BONAN<br>D <sup>r</sup> M. HADJOUJ |                        |
| — Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....     | D <sup>r</sup> G. BORSONI                            |                        |
| — Le Secrétaire du Conseil de l'Ordre .                        | N....  |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien ..... | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES                         |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat des Médecins Tunisiens.....        | D <sup>r</sup> M. AZAÏZ                              |                        |

*Administration* : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247-255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

**Reproduction interdite**  
**Tous droits réservés pour tous pays**

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.





# *Terramycine*\*

OXYTÉTRACYCLINE

en Pédiatrie

- Poudre orale
- Comprimés à 0,100 g

S. S. - COLLECTIVITÉS - A. M. G.

\* Marque de fabrique de CHAS. PFIZER & C<sup>o</sup>. Inc

SODIPA

*Pfizer*

**LABORATOIRES CLIN-COMAR** 20, RUE DES FOSSÉS ST. JACQUES - PARIS - TEL ODÉON 27-20

## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> partie)

	PAGES
<i>Allocution du D<sup>r</sup> BENMUSSA</i> . . . . .	9
<i>Les albuminuries du jeune et leurs incidences médico-militaires,</i> par A. MASBERNARD . . . . .	13
<i>Effets de l'hyperglycémie sur le choc histaminique et anaphylac-</i> <i>tique chez l'animal, par M. UZAN et M. COHEN</i> . . . . .	39
<i>Société de Sciences Médicales de Tunisie</i> . . . . .	46
<i>Néphropathie palustre à syndrôme néphrotique, par A. MASBERNARD</i>	47
<i>A propos de l'Allergie. Quelques remarques sur son métabolisme</i> <i>hydro-carboné, par M. COHEN</i> . . . . .	65
<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie</i> . . . . .	71
<i>Du nouveau dans la prothèse, par F. SIMON</i> . . . . .	73
<i>Maladie de Bouillaud à forme dysentérique, par A. NAHUM</i> . . . .	81
<i>Premiers résultats de la thérapeutique par la métacortandracine,</i> par le D <sup>r</sup> S. BENMUSSA . . . . .	85
<i>Nos trois premiers cas de Commissurotomie pour rétrécissement</i> <i>mitral, par R. KOSKAS et S. PIÉTRI (Service de Chirurgie B.</i> <i>de l'Hôpital de la Libération)</i> . . . . .	97

*Antalgique Antithermique Antirhumatismal*

**ATODOL**  
VITAMINÉ **K** ET **PP**

LABORATOIRES LOBICA  
25, RUE JASMIN PARIS

*La salicylotherapie bien tolérée*

# CITHYMÈNE

*Affections des voies respiratoires :*



FRICTIONS



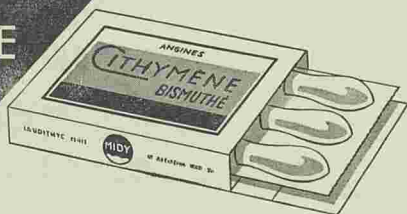
SUPPOSITOIRES et ampoules



SIROP

*Angines :*

CITHYMÈNE  
BISMUTHÉ

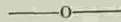


67, Av. de Wagram  
PARIS

AGENTS DÉPOSITAIRES : SOCIÉTÉ SPÉCIMEDHY, 37, RUE D'ISLY, TUNIS

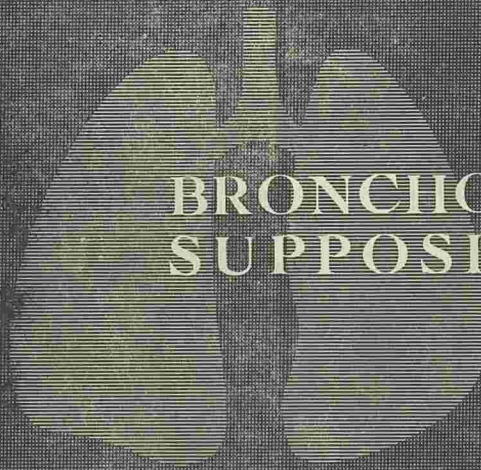


## SOMMAIRE (2<sup>me</sup> partie)



<i>L'ouverture des cavités cardiaques sous hypothermie (Etude Expérimentale)</i> , par R. KOSKAS et S. PIÉTRI . . . . .	103
<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie</i> . . . . .	110
<i>Informations</i> . . . . .	111
<i>Syndicat National des médecins tunisiens</i> . . . . .	112
<i>Boursiers étrangers en Tunisie et envoi de boursiers de Tunisie à l'étranger au cours de l'année 1955</i> . . . . .	113
<i>Le Colloque International de Paris sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, 20-22 octobre 1955</i> . . . . .	115
<i>Société Médicale des Hôpitaux d'Alger</i> . . . . .	125
<i>Société Médicale de l'A.O.F.</i> . . . . .	127
<i>Certificat de Trachomatologie</i> . . . . .	131
<i>Communiqués</i> . . . . .	133
<i>Livres reçus</i> . . . . .	135

UNE NOUVELLE PRÉSENTATION COMPLÉMENTAIRE DES AMPOULES INJECTABLES



# BRONCHOCILLINE SUPPOSITOIRES

100.000 U.  
200.000 U.

boîte de 6 suppositoires

LABORATOIRE  
ROGER BELLON

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie - 34, Rue de Marseille - TUNIS





# BECANTEX

## SIROP

*Enfin un apport valable  
de la Chimiothérapie de Synthèse  
dans la thérapeutique de  
la*  
**TOUX**

C'EST UN PRODUIT  
**NOUVEAU**

DE

*Labaz*

Éditions LABO

4, RUE DE GALLIERA + PARIS 16<sup>e</sup>

*v. casini*

**FUNISIE** : Ets NOTE, 61, Av. Garros - TUNIS - Téléphone : 282.090

## Allocution du Docteur Benmussa

Président sortant

Messieurs,

Il y a un an, je vous ai fait part de mon émotion en occupant le fauteuil de Président de la Société.

Aujourd'hui, c'est avec émotion aussi que je le quitte, mais avec une émotion teintée de mélancolie.

Je vous avoue que j'ai éprouvé, durant toute cette année, de grandes satisfactions, en écoutant vos communications, en dirigeant vos discussions.

Vos travaux ont été toujours de très haute valeur et vos discussions empreintes d'une affabilité et d'une tenue parfaite.

Je me souviens, il y a quelque trente ans, des discussions violentes, qui sortaient de la ligne normale de la correction. Il n'en est plus ainsi. Cela est dû certainement à la qualité des orateurs et des travaux.

En jetant un rapide coup d'œil sur l'année qui vient de s'écouler, on peut être satisfait et fier de la somme de travail qui a été accompli par la Société.

Il serait ridicule d'établir un palmarès de fin d'année. Cependant, nous devons souligner et rappeler, les séances spécialisées que le bureau sortant a constamment essayé de mettre sur pied, et qui furent pour tout le monde, de véritables séances d'enseignement et de mise au point, d'une question d'actualité.

Je vais vous en rappeler quelques-unes.

Les séances de pneumologie, avec de nombreuses communications de pneumopathies atypiques à virus. Nos confrères phthisiologues et pédiatres, nous ont montré les résultats de leurs observations, au cours d'une épidémie.

L'Hématologie a occupé plusieurs séances, auxquelles il faut ajouter la remarquable conférence de M. le Professeur ROCHE sur les hémoglobines pathologiques.

La Gastro-Entérologie a eu ses journées à Pâques, où nos spécialistes locaux et les maîtres de la Métropole ont édité un numéro entier de « La Tunisie Médicale ».

La Rhumatologie et ses thérapeutiques nouvelles, a fait l'objet de nombreuses communications.

La Cardiologie, qui a pris un essor important, grâce à l'effort de jeunes cardiologues qui sortent de la bonne école du Professeur LENÈGRE et qui sont venus épauler les anciens notoirement connus. Il faut reconnaître que dans cette année écoulée, c'est la pathologie cardiaque

qui a occupé le plus souvent cette tribune. La cardiologie a battu tous les records, surtout avec les prouesses nouvelles de la chirurgie.

Nous avons eu, en effet, des séances consacrées à la Chirurgie cardiaque, qui ont eu un légitime succès d'admiration et de curiosité.

Les chirurgiens par ailleurs ont apporté à la Société, de remarquables résultats de leurs travaux, particulièrement dans la chirurgie osseuse, où l'on nous a montré les nouvelles techniques opératoires.

Enfin, nos séances se sont enrichies, de la collaboration magistrale des Hautes Etudes et des travaux personnels des biologistes locaux.

Je ne puis me souvenir de tout. Cependant je peux affirmer qu'en étant Président de votre Société, et obligé par conséquent d'être présent à toutes les séances, j'ai appris beaucoup.

Il est impossible de tout savoir et de tout suivre. Nos spécialistes nous rendent un service considérable, en venant présenter leurs communications.

Ils nous ont fait connaître, les régions profondes de leur spécialité, dont nous ne connaissons que les grandes lignes superficielles.

C'est dans ce but que nous avons adopté ces derniers temps au bureau de la Société, le principe de réserver une séance tous les deux ou trois mois à un des nouveaux groupements de spécialistes qui se sont formés.

C'est ainsi que la dernière séance, fut une séance jumelée avec les gynécologues.

Car il faut bien le dire, l'évolution de la médecine, ces dernières années, a été assez paradoxale.

D'une part la nécessité de la spécialisation, étant donné les progrès rapides des recherches et des inventions.

D'autre part, les découvertes physiologiques biologiques et neurologiques qui ont établi les inter réactions des systèmes et des organes les uns sur les autres.

J'en conclus que la société idéale, pour être au courant du progrès dans tous les domaines, c'est la nôtre, c'est-à-dire une Société de toutes les sciences médicales.

De plus, grâce au Ministère de la Santé Publique, au Comité Médico Chirurgical des Hautes Etudes et au service des échanges culturels du Haut Commissariat de France, nous avons tous les ans des leçons magistrales de Professeurs de la Faculté de Paris. Cette année nous avons eu les Professeurs LENÈGRE et MOULONGUET et le regretté Professeur agrégé CACHERA.

Le nombre considérable des confrères qui ont assisté aux conférences et aux présentations de malades, témoigne de la valeur in-



telle et morale du corps médical de Tunisie, rassemblé dans cette enceinte, en une société que j'ai été fier de présider.

Je laisse ma place à mon ami LADJIMI, homme cultivé, pondéré, dont les conseils m'ont toujours été très utiles dans les réunions du Bureau.

Il saura, j'en suis sûr, maintenir cette unité, cette solidarité, autour de la vérité scientifique. Comme je vous le disais, il y a un an, il ne peut y avoir de divisions dans une société où l'on ne parle que de maladies et de malades. Une société où aucune passion, aucun intérêt n'est en jeu. Les événements m'ont donné raison, et cette unité continuera j'en suis convaincu, grâce à la Présidence de LADJIMI.

Il sera secondé par le Secrétaire Général que vous aurez choisi. C'est le rôle le plus difficile, c'est le poste le plus ingrat, où l'on déploie une activité considérable avec en contre partie des critiques injustifiées.

Pour ma part, je remercie le docteur Henri COHEN pour tous les services qu'il m'a rendus. Jamais, je n'aurai tenu cette présidence sans défaillance, si je ne l'avais pas eu comme secrétaire. Un secrétaire dévoué à la Société et à son Président.

Je remercie en outre notre ami BAROUCH, pilier central de notre groupement. Ce n'est pas seulement un trésorier modèle, c'est surtout un membre du bureau, utile et nécessaire, il assure la continuité, il est au courant de tous les règlements, de tous les articles et statuts, et de toutes les traditions.

Messieurs, je termine en souhaitant à la Société une année heureuse dans le travail et la paix.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOCHÉRA)

choline, papaine  
sels biliaires  
boldo

**EUCHOBYL**

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

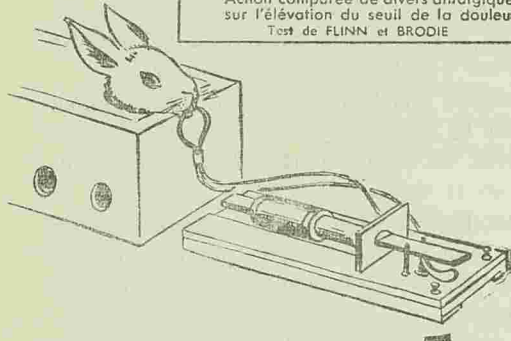
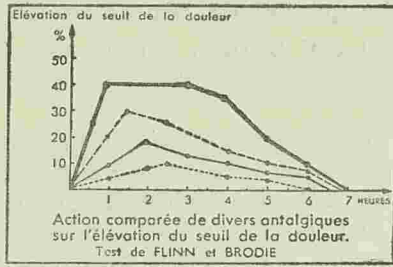
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

TUNISIE : SPECIMELHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



**NOUVEAU**

**ÉLEVATION MAXIMA DU SEUIL DE LA DOULEUR  
PAR L'ESTER SALICYLIQUE  
DU N-ACÉTYL PARA AMINOPHÉROL**



**PARALGAN**

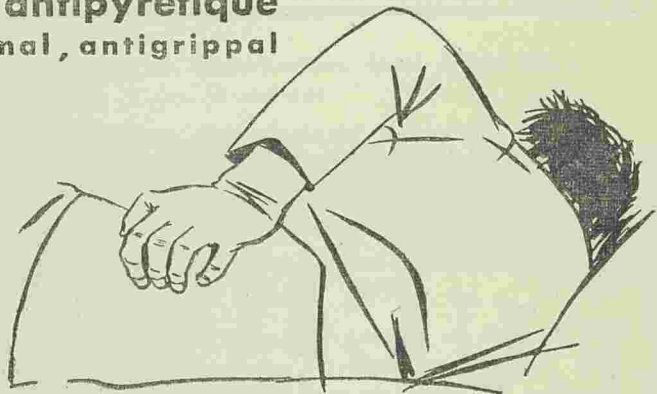
**antalgique, antipyrétique  
antirhumatismal, antigrippal**

**POSOLOGIE**

**ADULTES :**  
6 à 9 dragées par jour  
par prises de 2 à 3 selon  
les besoins

**ENFANTS :**  
1 à 3 dragées par jour

Remboursé par la S.S.



LABORATOIRES SOBIO



20, RUE D'AUMAIE - PARIS

ALGERIE : Toutes Pharmacies

MAROC : Ets PÉLISSARD - 16, Rue Dumont d'Urville - CASABLANCA.

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

## Les albuminuries du jeune et leurs incidences médico-militaires (\*)

par A. MASBERNARD



La fréquence, l'importance et la complexité de l'albuminurie chez le jeune sujet justifient l'objet de cette conférence où, délaissant à dessein les très intéressants problèmes de physiopathologie qui s'y rattachent, nous voudrions envisager la question essentiellement sur le plan pratique, telle qu'elle se pose quotidiennement au médecin d'Armée à quelque poste que celui-ci soit placé et telle qu'ont souvent à la résoudre nos confrères civils dans des conditions très analogues, notamment dans les collectivités.

Fréquente est la constatation d'une albuminurie dans un groupe de jeunes adultes a priori en bonne santé puisque 3 à 4 % des recrues en présentent lors de leur incorporation (H. COUMEL, 12; S. E. KING et C. GRONBECK jr., 28). Nous en avons nous-même, puis avec le Médecin-Capitaine QUENARD, eu plus de 70 à expertiser en deux ans dans le service de médecine de l'Hôpital Militaire Louis Vaillard, sur un total de 3.750 malades médicaux et de neuropsychiatrie, nombre proportionnellement faible en raison de la mixité avec cette dernière spécialité et du fait que les recrues des troupes non-organiques débarquent en Tunisie après déjà 3 mois de service en Europe, durant lesquels s'est faite l'élimination maxima pour cette affection.

L'importance extrême de son appréciation n'échappe pas à qui connaît l'influence néfaste sur une tare rénale latente des refroidissements, des fatigues, des vaccinations parentérales surtout, auxquels va être exposé le jeune soldat durant son service, et à qui sait que de tels avatars peuvent être à l'origine de l'ouverture pour l'ex-militaire d'un épais et coûteux dossier de pensions.

Les difficultés que rencontre le pathologiste dans son jugement devant l'absence très fréquente de tout contexte clinique ou anamnestique, devant son degré minime et son intermittence, devant un instantané fonctionnel rénal souvent normal, sont accrues pour le médecin militaire par la nécessité absolue, matérielle et légale, d'avoir à prendre la décision médico-militaire adéquate dans des délais très rapides. C'est alors qu'il peut être amené à faire appel aux techniques d'exploration les plus modernes et les plus fines, à la recherche d'une déficience ou d'une anomalie rénales emportant la conviction dans les cas litigieux, qui sont nombreux.

---

(\*) Conférence faite à Tunis le 28 décembre 1955 à la séance d'instruction des Médecins de Réserve de Tunisie.

C'est à eux que nous accorderons tout spécialement notre attention à la lumière nouvelle qu'ont jetée sur eux des récents travaux et des statistiques étendues.

### HISTORIQUE

Découverte en 1770 par COTTUGNO lors de la coction des urines, l'albuminurie ne devint un symptôme pathognomonique des affections rénales qu'un demi-siècle plus tard avec BRIGHT, dont les études anatomo-pathologiques sont restées classiques.

S'il était reconnu ensuite que l'albuminurie parfois « n'est qu'un pâle satellite de nombreuses néphrites » (DIEULAFOY, 1890), en revanche des albuminuries étaient observées chez des sujets ne présentant aucun des signes du mal de Bright (ABEILLE et PETIT, 1853). Des recherches systématiques dans les collectivités militaires confirmaient le fait, notamment après un exercice physique (GIGON, 1857; DE LA CELLE DE CHATEAUBOURG et CAPITAN, 1883; VON NOORDEN, SENATOR et LEUBE, 1888) et étaient l'objet de la thèse de Ch. FINOT faite à Lyon en 1891 sous l'inspiration de Joseph TEISSIER. Le Maître lyonnais (47) défendait le caractère pathologique de toute albuminurie même intermittente, témoin d'une méiopragie rénale alors mise sur le compte de la tuberculose ou de la diathèse neuroarthritique.

L'ère physiopathologique de l'étude des néphrites, dominée par les travaux de l'Ecole de WIDAL, vit ensuite appliquer les épreuves fonctionnelles rénales à l'étude des albuminuries. Des épreuves perturbées confirmaient la néphrite latente responsable, tandis que des épreuves normales témoignaient de la bénignité d'une albuminurie, alors jugée compatible avec le service militaire (TAMALET, 1925 (5); COLLIGNON, 1929 (11)).

Mais l'introduction et la généralisation de la pratique dans l'Armée des vaccinations systématiques ne tardait pas à conférer au problème des albuminuries un intérêt accru et à inciter à une prudence plus grande encore. Les études faites sur de vastes groupes par F. MEERSEMANN (32), G. HENRI, D. BOIDÉ et J. SIMONIN (7), CODVELLE, PARAIRE et JACQUIER (9a), MELNOTTE et DURET, R. SOHIER et M. ALAIZE, mirent en effet en évidence la fréquence d'une albuminurie plus ou moins intermittente dans l'anamnèse des sujets ayant présenté des accidents néphropathiques post-vaccinaux. L'unanimité s'est faite depuis lors sur les contre-indications très strictes à opposer en conséquence aux vaccinations.

Depuis quelques années l'intérêt s'est tout particulièrement porté, grâce aux techniques biologiques et radiologiques modernes d'investigation sur la détermination exacte de la nature de la débilité rénale responsable de l'albuminurie; des épreuves fonctionnelles rénales sélectives et l'urographie intraveineuse se sont avérées à cet égard riches d'enseignements. à la lumière desquels les albuminuries faisaient l'objet de rapports et de confrontations à la Société de Médecine Militaire Française le 11 décembre 1952 et à la Société de Pathologie Rénale le 14 octobre 1953 à Paris.



L'important travail statistique que le Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT présentait à cette dernière séance donnait toute sa valeur à la circonspection extrême qui s'impose devant toute albuminurie, si « bénigne » et isolée qu'elle apparaisse.

### DONNEES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Quelques notions récentes sont nécessaires pour l'interprétation de la présence dans les urines de corps protéiques, d'autant plus que ce symptôme « est relié à la normale par des transitions insensibles » (P. GOVAERTS, 22).

Si, en clinique courante, la constatation d'une protéinurie — terme plus exact que celui d'albuminurie, pourtant consacré par l'usage — est une donnée indiscutablement anormale, les recherches de D. A. RIGAS et K. G. HELLER (44) n'en ont pas moins démontré en fait l'existence d'une protéinurie physiologique que leur méthode permet d'évaluer à 30-50 mg par 24 heures chez l'adulte sain; ce chiffre extrêmement faible était, on le conçoit, resté jusqu'à présent hors de portée des techniques chimiques les plus sensibles et c'est pourquoi l'opinion prévalait que le glomérule constituait une barrière infranchissable aux macromolécules protéiques de poids moléculaire supérieur à 70.000. La plus grande part de ces protéines filtrées (qui représentent 250-300 mg par litre d'urine glomérulaire) est réabsorbée au niveau du tubule rénal (DOCK, P.-P. LAMBERT) et notamment leur composante albuminique; l'étude électrophorétique des protéines urinaires éliminées physiologiquement les montre en effet composées de 40 % d'albumine sérique et de 60 % de globulines, surtout alpha-1 et alpha-2.

Hormis les cas exceptionnels de filtration à travers un glomérule sain d'une protéine anormale de poids moléculaire inférieur à 68.000 (myélome), ou des injections massives de protéines, le passage des protéines sériques résulte d'une lésion du glomérule ainsi que le démontrent maintes observations expérimentales : « sans glomérules, pas d'albuminurie » (T. ADDIS, 1). La paroi glomérulaire n'échappe pas aux conditions générales favorisant la diffusion des protéines dans les espaces interstitiels : stase, asphyxie, hypertension veineuse, agents inflammatoires toxiques et anaphylactogènes, infiltration hyaline ou amyloïde de la paroi. Les récents travaux faisant suite aux conceptions de P. GOVAERTS, confirment que l'albuminurie de la néphrose lipéidique obéit aussi à cette règle que « l'albuminurie est nécessairement le résultat d'une perméabilité exagérée de la paroi des capillaires glomérulaires ». Des études se poursuivent quant aux conditions physicochimiques exactes du passage des molécules protéiques à travers les pores du capillaire, dont J. R. PAPPENHEIMER (38) confirmait la réalité.

Quant à la responsabilité d'une déficience tubulaire avec défaut de résorption des protéines du filtrat glomérulaire, le faible taux de ces dernières et les études physiopathologiques ne permettent pas aux auteurs de la retenir.



Il convient de ne pas clore ces quelques données physiopathologiques récentes sans mentionner la contribution apportée à l'étude des albuminuries pathologiques par l'électrophorèse. Elle « précise la pleine signification du terme protéinurie » (R. FAUVERT et L. HARTMANN, 16) : l'albuminurie peut être isolée certes, mais le plus souvent tous les constituants protéiques du sérum se retrouvent dans les urines en proportions variables, mais ménageant toujours une nette prédominance à l'albumine. Il semblerait qu'il existât un certain parallélisme entre le degré d'évolutivité de la maladie et le pourcentage des protéines de poids moléculaires croissants. Mais les grandes difficultés techniques et le caractère encore expérimental de cette méthode l'ont jusqu'à présent maintenue éloignée du domaine pratique, que nous devons maintenant envisager dans ses stades successifs.

### L'EXAMEN D'UN ALBUMINURIQUE

I. — En milieu militaire, le **corps de troupe** en est le premier stade. Que l'albuminurie soit découverte fortuitement lors d'un examen systématique d'incorporation, pré vaccinal ou autre, ou que l'anomalie urinaire soit recherché intentionnellement chez un sujet suspect de lésion rénale en dehors de ces contrôles collectifs, le médecin y possède un rôle important de **dépistage**, de **contrôle** et d'**orientation**.

L'exploration de l'anamnèse par un interrogatoire judicieux ou l'examen des urines répété chez un sujet aux antécédents permettant de redouter une néphropathie latente, le contrôle de la rigueur avec laquelle ses infirmiers procèdent à cet examen et la détection des fausses albuminuries, l'étude de la constance ou de l'intermittence de l'albuminurie et la détection de celle-ci aux moments les plus favorables à son apparition (en fin de journée), toutes ces précautions constituent pour le médecin d'unité les meilleures garanties de ne pécher ni par défaut ni par excès et de diriger ensuite les sujets retenus dans les meilleurs délais et avec le maximum d'éléments de base vers l'expertise hospitalière. La décision médico-militaire ne lui appartient pas et l'albuminurique doit être admis à l'hôpital.

II. — **A l'hôpital**, les examens cliniques et para-cliniques habituels doivent naturellement précéder et accompagner l'exploration biochimique proprement dite. Les antécédents pathologiques y sont précisés à l'interrogatoire qui doit s'attacher à mettre en évidence une étiologie toxique ou infectieuse focale surtout. L'examen des appareils cardio-vasculaire et urogénital peut être complété avec fruit par la mise en évidence d'œdèmes latents que révèle l'épreuve de restriction saline de WIDAL et LEMIERRE, par l'image ophtalmoscopique et par la mesure de la tension de l'artère centrale de la rétine qui met à jour parfois une hypertension artériolaire incipiens; l'E.C.G. peut déjà présenter de discrètes anomalies et le cold pressure test permettre de redouter l'installation prochaine d'une hypertension artérielle. L'anémie et des thromboses vasculaires sont exceptionnelles et toujours le fait d'albuminuries importantes ou massives.

# ENTEROSPASYL

*obésité*  
**constipation**  
*spasmes coliques*

**VITAMINE  
SIMPLE**  
comprimés A. S.

**VITAMINE  
MUCILAGINEUX**  
granulé A. S.

**VITAMINE  
MUCILAGINEUX**  
S. R. B.  
granulé A. S. et A. M. G.

COMPRIMÉS aux repas. GRANULÉ matin et soir



A. W. LA TECHNIQUE PUBLICITAIRE



Mais en fait, le plus souvent, les données anamnestiques sont imprécises ou absentes, le tableau clinique ne comporte aucune anomalie et la parole reste presque entièrement au laboratoire. Après avoir apporté la confirmation et la mesure de la protéinurie, celui-ci doit permettre d'apprécier la valeur fonctionnelle du rein malade par une série d'épreuves plus ou moins complexes, suivant ses possibilités matérielles. Le plus souvent trois d'entre elles, très simples, suffisent. La prolongation de l'hospitalisation du sujet en expertise est d'ailleurs souvent impossible matériellement et ce fait contribue à limiter les explorations et en accélérer au maximum le rythme, comme nous le verrons.

1° **L'étude de l'albuminurie** a pour but d'en confirmer la réalité, d'en mesurer l'ordre de grandeur et d'en préciser le rythme d'élimination.

a) Une **fausse albuminurie** est facilement et rapidement éliminée par la miction fractionnée dans les 3 verres de Guyon sur l'intérêt de laquelle insistait G. PELOT (41) pour la mise en évidence d'une albuminurie chirurgicale.

b) La **distinction des pseudo-albumines** est faite aisément par le chimiste grâce à l'emploi d'une technique de recherche et de dosage sélective et exacte, qualités qui ne s'allient pas à la commodité dans la méthode par la chaleur. Le tube d'Esbach et la méthode néphélométrique ne donneraient qu'une approximation grossière (R. FAUVERT, 16).

c) Le **dosage de l'albumine** doit se faire **dans les urines de 24 heures**, la déperdition journalière ayant une valeur plus caractéristique que la concentration par litre, variable avec la diurèse.

En cas d'albuminurie minime, la **concentration des urines** par une restriction sévère des boissons la veille de l'examen doit permettre la mise en évidence de taux très faibles qui risqueraient de rester méconnus dans des urines plus riches en eau.

d) Mais les albuminuries intermittentes sont fréquentes et nécessitent l'examen d'échantillons d'urines recueillis à différents moments du nyctémère dans des conditions bien déterminées : au réveil, après deux heures de station debout, après la digestion, après un effort modéré le soir. Cette **épreuve des 4 verres** permet facilement de caractériser l'intermittence d'une albuminurie, à condition, bien entendu, que le vidage vésical soit chaque fois complet.

2° **L'examen du sédiment urinaire**, ou du culot après une centrifugation prudente, est un complément **absolument indispensable** et souvent décisif à toute recherche d'albumine. L'on connaît la très grande valeur séméiologique de la constatation d'une cylindrurie. Elle ne préjuge pas du caractère inflammatoire de la lésion (cylindrurie d'effort), mais est le témoin de l'origine rénale de l'albuminurie. Le caractère plus spécifiquement pathologique des cylindres granuleux est classique mais encore controversé et les colorations vitales de Derot et Dousset contribueront peut-être à préciser la question.

La **numération des hématies-minute** suivant la technique de J. HAMBURGER, G. MATHÉ et J. DE VERBIZIER permet le départage entre l'« héma-

urie physiologique » (moins de 1.000 hématies-minute) et l'élimination pathologique des érythrocytes dans l'urine (plus de 2.000 hématies-minute). Elle mérite d'être pratiquée systématiquement (F. PAGÈS et J. BERNARD, 37).

L'étude du sédiment permet enfin parfois la découverte de corps biréfringents de Münk (que l'on observe dans nombre de néphrites albuminuriques en dehors de la néphrose lipoïdique vraie) ou celle d'une leucocyturie ou d'une cristallurie importantes posant d'autres problèmes que celui de l'albuminurie, voire celle d'œufs de *Schistosoma Haematobium* ainsi que nous l'avons observé nous-même deux fois chez des Africains hospitalisés pour albuminurie sans hématurie macroscopique.

Les modifications du sédiment par l'effort (cylindrurie et hématurie) doivent être connues; aussi convient-il d'observer seulement des urines émises au repos, en principe celles du réveil.

3° Les **épreuves fonctionnelles rénales** sont multiples et de valeur inégale. Il ne saurait être question d'en passer ici une revue détaillée, qui fit l'objet de nombreux articles récents (Méd. Gén. DUTREY, 15; D. FRITEL, 18). Une étude critique complète en fut récemment faite par F. PAGÈS et J. BERNARD (37). Un choix doit être fait parmi elles, guidé par les nécessités pratiques et par la contribution à en attendre dans l'expertise d'un albuminurique. La mise en œuvre des plus complexes d'entre elles ne peut le plus souvent en pratique être réservée qu'aux cas incertains et litigieux. A l'exploration fonctionnelle courante par deux ou trois tests simples doit faire suite l'examen radiologique, que complètent éventuellement les clearances.

Les épreuves fonctionnelles classiques explorent, on le sait, la fonction uréo-sécrétoire, l'élimination des matières colorées, celle de l'eau, la perméabilité du rein au chlorure de sodium.

a) La fonction uréo-sécrétoire est mesurée en clinique par trois formules principales : la **constante d'Ambar**, le **rapport uréique hémato-urinaire de Cottet** et la **clearance uréique de van Slyke**, traduisant toutes trois le rapport constant existant entre le débit uréique urinaire et le taux sanguin de l'urée. L'une de ces trois épreuves, intimement apparentées, suffit en pratique à apporter un élément diagnostique chez un sujet présentant une azotémie normale. La plus précise d'entre elles est l'urea clearance de van SLYKE (N. 75 — 132 %, douteuse entre 50 et 75 % et pathologique en dessous), mais le reproche de ne comporter qu'une observation très brève et de ce fait peut-être insuffisante lui est fait par certains auteurs qui portent leur préférence sur le rapport uréique de COTTET; celui-ci n'a de valeur qu'avec une diurèse supérieure à un litre, ce qui n'est pas toujours le cas en été sous le climat nord-africain. Il peut d'ailleurs être en pratique couplé avec l'épreuve de van SLYKE par le recueil des urines émises dans les 24 heures en plus des deux échantillons de la clearance et par le dosage de l'urée éliminée au total dans la journée.

b) L'élimination des substances colorées ne s'étudie plus que par l'épreuve de ROWNTREE à la **phénolsulfonéphtaléine intraveineuse**, test tu-



bulaire simple de valeur très parallèle à celle de la clearance au P.A.H. (R. MAUVAIS, 31), à condition qu'une rigueur extrême préside à son exécution, tant dans le dosage de la quantité injectée que dans le minutage du recueil des urines (15 et 70 minutes).

c) L'élimination hydrique tire son intérêt clinique de la simplicité des tests qui l'explorent et de la fonction rénale essentielle qu'elle représente. La classique « loi d'Albarran » sur la rigidité de fonctionnement du rein malade par opposition à la souple fonctionnelle du rein sain n'a rien perdu de sa valeur. Mais l'obstacle majeur à cette étude est représenté, on le sait, par l'interférence des facteurs extra-rénaux dans la perturbation des épreuves classiques de CASTAIGNE, de VAQUEZ-COTTET et de VOLHARD. En fait cette objection n'entre le plus souvent pas en ligne de compte dans l'examen des albuminuriques, sujets jeunes qu'une tare hépatique, cardiaque ou endocrinienne aurait auparavant éliminés. La valeur de ces épreuves de concentration et de dilution de VOLHARD sont longues (48 heures) et astreignantes, la technique employée par H. BAYLON (5) et par F. PAGÈS (\*) (37), ne comporte, elle, pas de conditions trop strictes et donne à la fois les résultats de l'épreuve de surcharge hydrique à 600 cm<sup>3</sup> de VAQUEZ-COTTET, le rapport nyctéméral de diurèse (diurèse diurne/diurèse nocturne = 2 normalement, égalisé à 1 ou inversé en cas d'insuffisance rénale), la souplesse densimétrique rénale au cours des 24 heures et la possibilité de l'étude simultanée de l'intermittence de l'albuminurie et de l'hématurie. La place nous manque pour en exposer les « riches enseignements » qu'analyse l'auteur.

Plus rapide, mais très satisfaisante est l'épreuve de dénivellation densimétrique post-hypophysaire de Lebermann, remise en honneur et codifiée par J. HAMBURGER et J. MILLET (33), qui, de signification essentiellement tubulaire, présente « les mêmes avantages que l'épreuve de VOLHARD » avec laquelle elle concorde dans l'immense majorité des cas (Cl. LAROCHE et J. PAOLAGGI, 29); nous l'employons nous-même couramment avec satisfaction et ses résultats nous semblent très souvent parallèles aux chiffres du test à la P.S.P.

d) Quant aux épreuves de la perméabilité du rein au chlorure de sodium, dont celle du rythme en échelons de PASTEUR-VALLERY-RADOT, leur longueur et leur complexité entraînent leur exclusion de l'examen de routine des albuminuriques.

---

(\*) Le sujet vide sa vessie à 7 h. et vide ces urines. Il boit 600 cm<sup>3</sup> d'eau en 1/4 d'heure. Urine à 9 h. (bocal Nr. 1) et à 11 h. (Nr. 2), restant pendant ces 4 heures allongé et à jeun. A partir de 11 h., vie et alimentation normales. Urine à 15 h. (Nr. 3) et à 19 h. (Nr. 4). Les urines de 19 h. à 7 h. le lendemain matin sont recueillies dans le bocal Nr. 5. Sur chaque échantillon, mesure du volume et de la densité, evtl. dosage de l'albumine et numération des hématies-minute. Normalement : diurèse journalière supérieure à 1.250 cm<sup>3</sup>, dont 500 dans l'échantillon Nr. 1 et 100 dans le Nr. 2, rapport N.Nr. 1 + 2 + 3 + 4/Nr. 5 supérieur ou égal à 2, densité inférieure à 1.005 et supérieure à 1.025. Une telle épreuve peut être facilement exécutée en clientèle.

4° **L'urographie intraveineuse** prend place dans les rangs des explorations fonctionnelles rénales par le test sécrétoire qu'elle livre, sauf dans les insuffisances rénales accentuées où elle est muette et dangereuse (PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, A. DOMART, P. MILLIEZ et P. MAURICE, 39). Mais l'absence de déficit rénal avéré chez nombre d'albuminuriques solitaires confère à l'U.I.V. un intérêt souvent plus morphologique que fonctionnel et cette notion acquise ces dernières années l'a érigée au titre d'**examen paraclinique systématique des albuminuries** essentielles du jeune.

Mentionnés dès 1937 par D. A. RYTAND (45), puis par C. L. PRINCE (42) entre autres, les enseignements anatomofonctionnels de l'examen dans ce cas ont fait l'objet d'études récentes de la part de H. GARNUNG, M. FAVIER, J. VAILHÉ, H. ROUMAGNAC et J. DELMAS (19, 20) et D. MOINE (36) à Lyon, de H. BAYLON, R. HUGONOT et H. BERTOJO (5) à Paris et de L. ANDRÉ, RISPE et DUMOULIN (3) à Toulon (\*), tandis que P. MILLIEZ et D. FRITEL (34) et M. DEROT et ses coll. observaient des faits parallèles, mais à un stade évolutif ultérieur (14), chez des néphropathes avérés. Tous ces auteurs sont d'accord pour insister sur la **fréquence très grande des malformations congénitales et des anomalies morphologiques rénales** chez ces sujets.

Albuminuries permanentes isolées ou non :

DEROT . . . . .	sur 30 cas,	15 anomalies	(dont 6 congénitales)
GARNUNG . . . . .	» 19 » ,	6 »	( » 1 » )
BAYLON . . . . .	» 10 » ,	4 »	( » 1 » )
	» 59 » ,	25 » (42%)	( » 8 » (12%))

Albuminuries intermittentes isolées ou non :

GARNUNG . . . . .	sur 30 cas,	11 anomalies	(dont 5 congénitales)
ANDRÉ . . . . .	» 21 » ,	14 »	( » 5 » )
BAYLON . . . . .	» 72 » ,	40 »	( » 2 » )
	» 123 » ,	65 » (53%)	( » 12 » (10%))

Sur 36 U.I.V. pratiquées chez des albuminuriques (Médecin-Capitaine LAURENTI), les chiffres que nous avons obtenus sont les suivants :

	Nbr	Anomalies			Total	Norm.
		Cong	min.	maj.		
Albuminuries permanentes isolées ou non . . . . .	20	2	5	8	15 (75%)	5
Albuminuries intermittentes isolées ou non . . . . .	16	1	3	5	9 (56%)	7
Total . . . . .	36	3	8	13	24 (66%)	12 (33%)

(\*) Une statistique très récente de MM. RAYMOND et PAPET, de Rabat, portant également sur 36 U.I.V., apporte 17 anomalies radiologiques (Maroc Médical, 1955, 34, 1.044).

Comme dans les statistiques de GARNUNG et de ANDRÉ, les hydronéphroses et les pyelectasies nettes arrivent, avec 10 cas, en tête des anomalies constatées chez nos 24 malades (toutes ces U.I.V. comportent deux clichés de sécrétion avant la compression). Les pourcentages que nous avons obtenus d'anomalies dans le cas des albuminuries constantes est particulièrement haut en comparaison avec ceux des auteurs mentionnés, celui de la catégorie des albuminuries intermittentes est très voisin du chiffre global des 3 statistiques précitées. Les 3 malformations indiscutablement congénitales sont des biidités urélopéryéliques bi- (2 fois) ou unilatérales (1 fois).

L'intérêt de telles constatations est renforcé considérablement par la notion de la **gravité pronostique** qui ressort de l'étude de PASTEUR-VALLÉRY-RADOT (40), qui observe l'évolution vers l'hypertension artérielle ou vers l'insuffisance rénale de ses 14 albuminuriques porteurs d'anomalies à l'U. I.V. : « la constatation d'une malformation rénale chez un albuminurique est grave ».

Ces notions récentes méritaient d'être évoquées et s'inscrivent en faveur de l'entrée de l'U.I.V. dans le cadre des examens systématiques de mise dans l'expertise d'une albuminurie, chaque fois que les conditions matérielles et la présence d'un spécialiste rendent la chose possible.

5° Les **clearances glomérulaires et tubulaires** tendent également à entrer dans ce cadre sous l'impulsion de ceux qui se sont attachés plus particulièrement à leur étude dans les albuminuries du jeune soldat, le Médecin-Colonel R. MAUVAIS (31) et notre Maître le Professeur A. CAMELIN (9) et qui en ont mis en évidence la valeur déterminante et irremplaçable, diagnostique et pronostique. Certains (F. PAGÈS, 37; H. BAYLON, 5) en réservent l'indication aux cas douteux, rares.

Il convient de rappeler que le terme de « clearance », créé par VAN SLYKE, désigne le rapport existant entre le débit-minute urinaire d'une substance et son taux dans le sang ( $C = UV/P$ , en mg., cm<sup>3</sup>, mn) et que ce quotient, exprimé donc en cm<sup>3</sup>, correspond au nombre virtuel de cm<sup>3</sup> de plasma débarrassé (« cleared ») entièrement en une minute de la substance considérée. Un tel chiffre pour une substance à passage uniquement transglomérulaire mesure donc en fait de volume même du filtrat glomérulaire et, pour une substance à excrétion uniquement tubulaire (P.S.P. et P.A.H.), le volume de plasma épuré, lui-même fonction de l'activité sécrétrice des cellules tubulaires et du débit sanguin rénal (l'épuration étant pour ces substances presque totale en un seul passage). L'on sait que l'on a retenu pour la clinique, entre autres, trois produits : le **mannitol** et l'**hyposulfite de sodium** (clearance glomérulaire) et l'**acide paraaminohippurique** (clearance tubulaire). La clearance au mannitol et celle au P.A.H. sont nécessaires pour une exploration complète en raison de la disjonction possible des troubles (A. CAMELIN et H. GARNUNG, F. AUBERT, G. PAYEN et L. CHARVILLAT 4). A défaut, la seule clearance à l'hyposulfite de Na<sub>2</sub> de dosage chimiquement simple, est capable d'apporter un élé-



# UN IMPLANT LIQUIDE:

50, 100 et 250 mgr. pour 1 cc

- solution huileuse limpide
- concentration maxima
- retard maximum: 3 à 5 semaines

## ANDROTARDYL POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

**REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE**

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS  
SERVICE SCIENTIFIQUE;  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VII<sup>e</sup>  
TÉL. INV 74-19

TUNISIE — R. FALDINI, 8, Rue d'Avignon — TUNIS

ment d'appréciation indiscutable (R. COIRAULT, R. TOULOUSE et R. CARLI 10), malgré les inconvénients qu'elle comporte (J. BERNARD et LANIÈRE 6). Quoi qu'il en soit et sans entrer dans le détail, qu'il nous suffise de rappeler que les chiffres normaux des clearances glomérulaires et tubulaires sont respectivement de 130 et 500-600.

Dans l'expertise des albuminuries du jeune, il ressort des opinions exprimées que les clearances peuvent être réservées aux cas litigieux où l'exploration fonctionnelle standard et urographique sont restées muettes et où l'albuminurie, souvent minime ou intermittente, représente le seul signe anormal d'examen. N'omettons pas d'évoquer l'intérêt, mis en exergue par R. MAUVAIS (31), que présente en outre, poursuivie plusieurs mois chez un sujet porteur d'une tare rénale, l'observation de la courbe des chiffres de clearances, dont l'évolution « paraît être le meilleur élément pronostique » pour prévoir la guérison ou le passage à la chronicité et ainsi orienter la décision médico-militaire.

Comme l'épreuve de VAN SLYKE, la clearance, particulièrement celle au mannitol, doit être déterminée sur le sujet en position **couchée**, l'orthostatisme abaissant le plus souvent nettement les valeurs obtenues pour les tests glomérulaires (P. MILLIEZ, Cl. POLONOWSKI, Chr. DEGRANGE-TOUZIN DE MARTIGNAC et J. TRUFFERT, 35); chez un sujet porteur d'une maladie polykystique, nous voyions récemment l'urea clearance passer de 33 à 51 % grâce au decubitus.

Comment appliquer, en pratique, ces différentes épreuves au cours de l'exploration d'une albuminurie ? Sur quels tests porter son option ? La nécessité est certaine, d'obtenir dans le minimum de temps et avec un équipement aussi simple que possible le maximum de renseignements valables.

Avec H. BAYLON (5) et avec F. PAGÈS (37), la conduite suivante peut être proposée :

J<sub>1</sub>, à l'entrée — examen clinique et paraclinique;

— miction dans les 3 verres de Guyon;

le soir, régime normal, mais sans boissons ni potage.

J<sub>2</sub>, à 7 h., recueil des urines (concentrées) de la nuit : dosage de l'albumine, examen du sédiment, recherches des autres éléments anormaux.

Puis, jusqu'au lendemain matin, recueil des 5 ou 6 échantillons pour mesure du volume, de la densité, dosage de l'albumine, numération des hématies-minutes, étude du sédiment.

J<sub>3</sub>, Dosage de l'urée sanguine pour détermination du rapport de COTRET, et éventuellement d'autres constituants sanguins (protides, lipides, cholestérol, électrophorèse);

U.I.V. (après les deux jours de préparation).

J<sub>4</sub>, P.S.P. avant la sortie.

Si l'on préfère l'urea clearance, celle-ci peut être faite le 3<sup>e</sup> jour, ce qui allonge d'un jour l'hospitalisation. A la place de l'étude densimétrique fractionnée, nous avons pratiqué le plus souvent le test de LEBERMANN le 5<sup>e</sup> jour.

Si la possibilité en est offerte et si la nécessité s'en fait sentir, l'hospitalisation est prolongée d'une journée pour pratiquer les clearances aux Mannitol-P.A.H., groupées telles que les propose J. HAMBURGER (23) ou celle à l'hyposulfite de Na de LANGERON. Nous n'avons malheureusement pas eu la possibilité d'acquérir ici une expérience personnelle de ces tests.

Ainsi, une appréciation complète peut être obtenue et une décision valable être prise pour un albuminurique à l'issue d'un séjour hospitalier de 4 jours au minimum à 6 jours au maximum, dont les deux à quatre derniers permettent encore de répéter pour contrôle certains dosages d'albumine ou études du sédiment dont les résultats obtenus le 2<sup>e</sup> jour paraîtraient douteux.

En cas de décision de réforme, la remise au sujet régulièrement suivi par son médecin ou dont l'état commanderait après son retour dans ses foyers une surveillance médicale, ou la communication directe à ce confrère civil des résultats de ces explorations biologiques et radiologiques doivent, sur le plan médicosocial, contribuer, selon nous, à en accroître l'intérêt et le bénéfice; une telle pratique doit naturellement être adaptée à chaque cas particulier et prendre en considération notamment l'état psychique du sujet qu'une telle expertise aura déjà inquiété et qu'il convient de ne pas précipiter dans la nosophobie ou dans la cœnestopathie par des commentaires inadéquats.

## ETUDE CLINIQUE

Sans considérer les protéinuries chirurgicales, hors de notre propos trois grands types cliniques d'albuminuries peuvent être individualisés, basés sur leur rythme d'apparition :

- les albuminuries **permanentes**;
- les albuminuries **intermittentes**;
- les albuminuries **transitoires**

ressortissant elles-mêmes à des cadres étiologiques variés, que nous envisagerons brièvement plus loin.

1<sup>o</sup> **Le albuminuries permanentes**, très souvent accompagnées de signes de souffrance rénale ou secondaires à des antécédents rénaux connus, sont, en principe, très évocatrices de tare rénale et à ce titre incompatibles avec le service actif. C'est particulièrement dans cette catégorie que l'étude répétée de la valeur fonctionnelle doit apporter une orientation sur l'évolution des lésions. Sur ces 63 sujets, ces albuminuries permanentes représentent, dans notre série, les 3/5 des cas et les antécédents pathologiques y sont particulièrement fréquents.



2° **Les albuminuries intermittentes**, les plus fréquentes en fait dans les examens systématiques des collectivités (89 sur 159 chez H. BAYLON), ont pour caractère essentiel de disparaître et d'apparaître spontanément au cours du nyctémètre soit sans conditions déterminantes nettes, soit, le plus souvent, en fonction de la posture, de l'activité ou de la digestion. Dans leurs formes mineures, elles peuvent subir des phases d'éclipse plus ou moins prolongées et cycliques ou non, susceptibles de les faire ranger parmi les albuminuries transitoires.

Parmi ce cadre des albuminuries intermittentes, il convient, suivant H. COUMEL et H. BAYLON (12), de distinguer très nettement les albuminuries à la fois nocturnes et diurnes et celles dont l'apparition est uniquement diurne. Leur physionomie et leur signification sont souvent très différentes.

a) **Les albuminuries à intermittence diurne et nocturne** doivent en effet, d'après ces auteurs, appeler d'emblée la méfiance. Les 20 cas de ce type (sur 89 cas d'a.i.) qu'il leur fut donné d'observer, présentaient en effet des critères nets de leur nature pathologique (sédiment, déficience fonctionnelle ou antécédents rénaux). L'intermittence, on le voit, n'est pas en l'occurrence un brevet de bénignité. De tous les tests, le plus fidèle serait selon H. COUMEL et R. MAUVAIS, l'étude fractionnée des densités. La présence d'albumine dans les urines de la nuit consititue donc un témoignage de valeur et ce fait souligne la nécessité du soin avec lequel elle doit y être recherchée et l'intérêt de la concentration des urines par un régime pauvre en liquides la veille.

b) **Les albuminuries à intermittence uniquement diurne** sont les plus fréquentes des albuminuries intermittentes. Leur classification est ancienne, en albuminuries orthostatiques, d'effort et digestives. Leur caractère est a priori moins défavorable que celui des précédentes.

1. **L'albuminurie orthostatique**, très anciennement connue (HULL, 1870), représente, à elle seule, plus de la moitié des albuminuries intermittentes. Classiquement plus fréquente chez les leptosomes (F. RATHERY, 43), elle reste de mécanisme encore discutable; l'on ne peut pas ne pas être tenté de la mettre en relation avec une diminution de la filtration glomérulaire que nous avons vu objectiver les abaissements alors observés des clearances uréiques et au mannitol, bien que les déterminations de S. E. KING et de D. S. BALDWIN (27) n'en apportent pas la confirmation chez des sujets présentant cette anomalie. L'U.I.V. peut alors dans certains cas révéler un vice de conformation rénal (ptose en particulier); 4 fois, tel fut le cas parmi nos 16 sujets présentant une albuminurie intermittente. Le taux de cette albuminurie est généralement inférieur à 0,50 g par litre. Mais albuminurie orthostatique n'est pas synonyme d'albuminurie fonctionnelle ou d'origine dysplasique; **nombre d'albuminuries néphrétiques séquellaires peuvent en prendre le type**. La survivance de ce type d'albuminurie ne se justifie donc plus que sur le plan purement séméiologique.

*chlorhydrate de*  
**Tétracycline**

**poudre à 4 %**

**16 dragées à 0,25**

**10 comprimés à 0,10**

remboursé par la Sécurité Sociale - Admis aux Collectivités, Hôpitaux, A. M. G.

PRODUIT SOUS CACHET

**DIAMANT**



SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE 67 Boulevard Haussmann - Paris 8<sup>e</sup> - ANJ. 46-30

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS



2. **L'albuminurie d'effort**, elle aussi de connaissance très ancienne (von LEUBE, 1878), voit sa fréquence croître avec l'importance de l'exercice physique effectué et, si l'albuminurie d'activité se rattache à l'albuminurie orthostatique par ses caractères et sa signification, l'albuminurie d'effort vraie mériterait que, « si le caractère de physiologique pouvait être attribuée à une albuminurie, ce fût bien à celle-ci qu'il dût l'être » (H. COUMEL), tant banale et fréquente est sa constatation : 29 fois sur 33, VIARNAUD l'observe à la fin d'un match de football ou de rugby, tandis que dans les 2/3 des cas le step test la livre aux études de R. HUGONOT et de Mlle JEANNIOT (25). Ces auteurs la voient s'associer dans ces conditions dans près de la moitié des cas avec une hématurie et avec une cylindrurie granuleuse d'abondance sensiblement proportionnelle au débit de l'albumine; l'hématurie serait concomitante de l'effort, la cylindrurie postérieure à celui-ci et plus prolongée dans le temps. P. GOVAERTS et R. DE LAUNE (21) mettent cette albuminurie d'effort sur le compte de l'acidification du milieu sanguin et des urines (le bicarbonate de sodium la supprime souvent); H. COUMEL (12) en fait partager la responsabilité aux modifications circulatoires et aux élévations tensionnelles engendrées par l'effort. La **bénignité** et l'absence totale de caractère pathologique de cette albuminurie est admise par tous et ressortent de son observation chez des moniteurs de gymnastique ou des sapeurs-pompiers jeunes, sains, robustes, sélectionnés et entraînés.

3. Quant aux **albuminuries strictement digestives**, leur constatation est rare (1/25) et leur origine semble être plus métabolique que rénale (CASTAIGNE et CHIRAY, CADE et P. RAVALT, 8).

3° **Les albuminuries transitoires** sont multiples. L'exposition au froid (FABER et CHRISTENSEN); la fièvre (von NOORDEN, 48); les émotions (J. H. AHRONHEIM, 2); les excès de boissons alcoolisées sont, entre autres, des causes bien connues de protéinuries. Leur dépistage doit se faire par le médecin de l'unité. Leur intervention rend compte de la fréquence (1/3 des cas pour H. BAYLON (5), 1/5 pour S. E. KING, 26) avec laquelle l'anomalie n'est plus retrouvée à plusieurs examens successifs en milieu hospitalier, où d'ailleurs leur entrée en jeu doit être éliminée par des conditions correctes d'exploration. Cependant l'éventualité d'une albuminurie intermittente à éclipses doit **inciter à la prudence** et à demander que soient effectués des contrôles systématiques au cours d'un mois, à l'issue duquel le sujet sera réhospitalisé pour exploration complète.

\*  
\*  
\*

La classification purement séméiologique que nous venons d'exposer a le mérite d'opposer, du point de vue pratique, les caractères pathologiques plus ou moins nets de tel ou tel type d'albuminurie. Mais ce symptôme n'est pas tout. Témoin infidèle d'une lésion rénale, sa valeur doit être jugée essentiellement en fonction du contexte **clinique** et surtout **biologique** et **anamnestique**, qui l'intègre dans l'une des multiples catégories nosologiques en face desquelles l'on peut se trouver chez un



Après avoir mis à la disposition  
du Corps Médical  
**l'Adiazine à la Pénicilline**  
première association sulfamide-  
antibiotique

**THERAPLIX**

présente, pour la remplacer,  
une nouvelle synergie anti-bactérienne plus moderne

# Oracilline-trisulfazine

qui associe

les 3 diazines  
(polysulfamide classique)

à

**la Pénicilline V acide,  
active par voie orale  
(ORACILLINE)**

stable dans les acides, donc dans l'estomac,  
absorbée intégralement par le duodénum  
encore plus active que la pénicilline  
parentérale sur le staphylocoque

Boîte de 12 comprimés - Tableau C

**THERAPLIX**

98, rue de Sèvres, Paris-VII<sup>e</sup>

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville

ALGER : 100, Rue Michelet

jeune apparemment sain. La fréquence extrême des atteintes rénales au cours d'un grand nombre d'affections médicales (hépatites épidémiques virales, diarrhées aiguës estivales, etc...) est un fait frappant en Tunisie, dont il semble que le climat constitue un facteur fragilisant certain pour le rein qui y fait preuve d'une susceptibilité très particulière.

Le nombre des types nosologiques peut être multiplié à l'infini et plusieurs classifications en furent proposées. Qu'il nous suffise ici de rappeler brièvement celle adoptée par A. CAMELIN et H. GARNUNG (9) sur la base pratique de l'étude de 200 cas.

1° **Les glomérulonéphrites albuminuriques chroniques ou subaiguës des jeunes soldats**, dont la forme albuminocytologique est la plus fréquente, les formes albuminoazotémique et hypertensive beaucoup plus rares. L'albumine y oscille entre 0,20 et 2 g, rarement au delà, la P.S.P. est peu abaissée, tandis que l'étude des clearances glomérulaires révèle dans la plupart des cas le taux de l'insuffisance rénale. Les antécédents y sont presque toujours présents (angines fréquentes, scarlatine, néphrite aiguë).

2° **Les albuminuries néphrotiques**, qui peuvent évoluer isolément autour d'un gramme entre les poussées cliniques et même, dans certains cas, avec une normalisation du déséquilibre lipidoprotidique sanguin. Des éléments de la série néphrétique peuvent s'y associer (hématurie, petite azotémie ou hypertonie) qui la confondent alors avec la catégorie précédente. Si la clearance glomérulaire est élevée au début de l'évolution, son abaissement secondaire en revanche complète alors le tableau néphrétique.

3° **L'albuminurie résiduelle « fixée »**, unique témoin d'une néphrite aiguë initiale dont aucune anomalie du sédiment ou des tests fonctionnels les plus fins ne tendrait à révéler le caractère pathologique, est fréquente. Sa bénignité apparente peut être accentuée dans certains cas par son intermittence, voire son type franchement orthostatique ou transitoire. En fait un long recul fait réviser cette opinion, lequel permet parfois d'assister à une reprise évolutive vers l'insuffisance rénale de ce qui semblait a priori n'être qu'une cicatrice.

4° **Les albuminuries post-vaccinales du jeune** se présentent sous des aspects cliniques variables, en dehors des néphropathies caractérisées : albuminurie des suites immédiates quelque peu troublées de l'injection ou albuminurie découverte fortuitement à l'examen systématique préjudant à l'injection suivante. L'absence d'altérations du sédiment témoigne d'une forme albuminurique simple rapidement résolutive, une hématurie et une cylindrurie font redouter une évolution plus prolongée mais généralement favorable. La théorie neurovégétative et vasomotrice de VOLHARD et FAHR semble trouver pour ces cas une confirmation supplémentaire dans la constatation que fit A. CAMELIN, sur trois malades, d'une augmentation de la filtration glomérulaire du mannitol.



5° Les albuminuries des malformations urétéro-pyélo-rénales sont, nous l'avons vu, fréquentes et peuvent appartenir à tous les types sémiologiques. Leur nature lésionnelle, même lorsqu'elles sont isolées ou intermittentes, est corroborée par la constatation presque constante d'altérations fonctionnelles rénales, notamment des clearances au mannitol et au P.A.H. (15 épreuves, 15 résultats anormaux avec F. AUBERT, 4).

6° Les albuminuries bacillaires du jeune sont rares et tirent leur intérêt, outre le point de vue dogmatique des néphrites tuberculeuses, de sa mise en relation chez certains sujets avec un virage concomitant de la cutiréaction tuberculinique ou la découverte qu'elles peuvent parfois entraîner d'une tuberculose rénale latente.

7° Les albuminuries toxiques, enfin, sont confirmées rapidement par un interrogatoire complet.

Cette rapide revue des causes les plus fréquentes des albuminuries pathologiques du jeune nous conduit à en dresser un bref tableau pronostique permettant d'étayer les sanctions médico-militaires qu'il convient de prendre.

### PRONOSTIC ET INCIDENCES MEDICO-MILITAIRES

Nous avons vu comment l'introduction des vaccinations dans l'Armée et la connaissance de leurs méfaits chez les albuminuriques, puis la pratique des tests d'exploration toujours plus sensibles de la fonction rénale qui tendent de plus en plus à réduire le domaine du fonctionnel au profit de celui du lésionnel, avaient enclin les auteurs à une réserve et à une prudence toujours plus grande dans l'appréciation des albuminuries isolées.

« L'albuminurie indique le danger mais ne permet pas de le mesurer ». Cette phrase de E. LÉCONCHÉ et de Ch. TALAMON (30) prend toute sa valeur à la lecture de l'important rapport statistique de PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, P. MILLIEZ, R. WOLFROMM, F. MALLAT et J. A. JACOT (40), où les auteurs envisagent le devenir lointain de 200 sujets ayant présenté une albuminurie et suivis parfois pendant 30 ans et plus. Plusieurs faits ressortent de cette étude :

- l'évolutivité de l'albuminurie est fonction directe de l'âge auquel elle a fait son apparition;
- elle ne semble pas varier avec la notion ou l'absence d'antécédents;
- les albuminuries à éclipses sont aussi dangereuses que les albuminuries permanentes;
- le taux quotidien de la protéinurie ne semble pas déterminer le risque d'une complication, sinon le type de celle-ci;
- l'absence d'hématurie et de cylindrurie n'améliore pas, semble-t-il, le pronostic;



- la présence d'une malformation rénale à l'U.I.V. constitue par contre, nous l'avons déjà mentionné, un élément pronostique péjoratif certain;
- aucun test fonctionnel rénal n'est en mesure de prédire l'apparition ultérieure, sinon immédiate, d'une hypertension ou d'une insuffisance rénale.

Ces deux complications, apparaissant en moyenne respectivement 9 et 14 ans après le début de l'albuminurie, ont marqué l'évolution de leurs malades dans plus de la moitié des cas (106/200) et sur 21 sujets observés plus de 20 ans, 19 ont évolué vers l'une d'entre elles.

Malgré le pessimisme de certains pourcentages, inhérent au recrutement de sa population d'albuminuriques, PASTEUR-VALLERY-RADOT n'en conclut pas moins : « Une albuminurie isolée ne doit jamais être prise à la légère, son pronostic est imprévisible, son avenir peut être grave ».

Nous avons tenu à exposer ici les conclusions de cette étude, qui concordent avec celles de S. E. KING (26) et de R. M. DALEY et qui justifient la rigueur qui doit présider au problème médico-militaire, objet de cette conférence.

La Réforme Définitive (RD) est une nécessité logique devant toute albuminurie importante, permanente ou à intermittence diurne et nocturne ou dont le caractère pathologique est évident : néphropathies chroniques ou subchroniques, séquelles, a fortiori évolutives, d'une néphropathie, déficience fonctionnelle rénale nette, altérations du sédiment, dysmorphie rénale majeure. Dans tous les cas, une décision définitive doit être recherchée, que des cas aussi clairs permettent presque toujours. « La Réforme Temporaire, qualifiée par R. MAUVAIS de solution de paresse, est une solution de pusillanimité » (HENRION, 9).

A l'opposé, une albuminurie **véritablement** transitoire, post-émotionnelle, fébrile, « a potu immoderato » est compatible sans restriction avec le service actif. Il en est de même des albuminuries **strictement** d'effort.

Mais entre ces deux groupes cliniques ne prêtant pas à discussion, l'on se trouve en présence des délicats problèmes posés par les autres albuminuries, isolées, très minimes, intermittentes, diurnes auxquelles ni le contexte clinique, ni l'exploration rénale, ni même les antécédents n'apportent d'élément déterminant. La décision doit alors se nuancer en fonction des cas d'espèce.

Une RD s'impose en présence d'un candidat à l'engagement ou à une école militaire chez lequel tout élément péjoratif doit être apprécié avec sévérité.

Une RT peut, en ménageant un recul de 1 à 3 ans et en apportant la comparaison des bilans obtenus successivement, permettre, dans certains cas, d'éviter une décision lourde de conséquences, sans fondements.

suffisants. Le plus souvent cette solution onéreuse et gênante peut être évitée.

Une aptitude restreinte (service auxiliaire, ou E<sub>4</sub>) peut être concédée à certains appelés pour lesquels le médecin peut être amené à « nuancer sa décision et à s'inspirer, compte tenu des résultats de l'examen clinique, de considérations d'ordre social » (H. BAYLON, 5)<sub>n</sub> devant un homme jeune, notamment dont l'élimination de l'Armée équivaldrait, en vertu des réglementations en vigueur, au bris d'une carrière administrative. Mais il ne peut être question de retenir avec cette décision que les sujets présentant une albuminurie très minime, stabilisée depuis un temps suffisant et ne s'accompagnant ni de signes de néphrite dans le sédiment, ni d'altérations franches du fonctionnement rénal, ni de malformations majeures à l'U.I.V.

De tels sujets peuvent-ils affronter sans grave danger la vaccination T.A.B.D.T. ? La très grande fréquence des accidents vaccinaux (15 fois plus grande, d'après MEERSSEMANN, que chez les sujets sains) n'y incite pas; même une vaccination progressive sous antihistaminique en milieu hospitalier, qu'admettent certains (DUVAL, 9), ne serait pas à recommander (H. COUMEL, *ibid*); une fois nous pûmes la conduire ainsi sans incidents jusqu'au bout, tandis qu'un autre de nos malades réagissait vite par une hématurie et une augmentation de son albuminurie au premier quart de centimètre cube de vaccin. La vaccination perorale semble donc préférable, prescrite dans l'Armée depuis 1931.

Cette question de la vaccination se posait durant la récente campagne d'Indochine avec toute son acuité chez les militaires porteurs d'anomalies minimes qui en interdisaient la pratique et nécessitaient de ce fait une décision d'inaptitude à servir aux T.O.E.

Quant au problème de la compatibilité d'une albuminurie avec le maintien en service ou dans les cadres des sujets servant au delà de la durée légale, il se pose sur un tout autre plan que celui des jeunes soldats et son exposé dépasserait le cadre de cette conférence.

En conclusion, après avoir rapidement esquissé la conduite de l'examen d'un albuminurique et ce qui doit lui être demandé et en être attendu, ainsi que les différents types cliniques et nosologiques des protéinuries rencontrées chez les jeunes recrues, nous avons mis l'accent sur la lourde hypothèque qui pèse sur un tableau souvent pourtant si favorable mais qui entache inéluctablement et très dangereusement l'avenir lointain de ces malades. Cette notion doit être présente à l'esprit de l'expert, tant militaire que civil, dans l'orientation de sa décision. Si les travaux récents lui ont conféré une nouvelle vigueur, en fait elle s'était déjà imposée il y a un demi siècle à CASTAIGNE : « Toute albuminurie est liée à une altération rénale, qu'il ne faut jamais nier sous prétexte que, dans bien des cas, elle est superficielle, passagère ou curable ».

(Service de Médecine de l'Hôpital Militaire Louis Vaillard, à Tunis).

## R E F E R E N C E S

1. ADDIS T. : Glomerular nephritis, New-York, 1948.
2. AHRONHEIM J.H. : Albuminurie émotionnelle du combattant; Psychosom. Méd., 1947, 9, 51-57.
3. ANDRÉ L., RISPE et DUMOULIN : L'épreuve au ténébryl intraveineux dans 21 cas d'albuminuries bénignes; Soc. Méd. Mil. Frçse, 1953, 47, 29.
4. AUBERT F., G. PAYEN et L. CHARVILLAT : Contribution à l'étude du fonctionnement rénal à l'aide des mesures des clearances glomérulaires; *ibid.*, 1952, 46, 189-191.
5. BAYLON H. et R. HUGONOT : Les albuminuries des jeunes sujets constatées lors de l'incorporation et les problèmes médico-militaires qu'elles posent; Rev. Corps de Santé Mil., 1954, 10, Nr. 2, 151-170.
6. BERNARD J. et LANIÈCE : Etude critique de la clearance à l'hyposulfite de soude dans l'expertise des albuminuries intermittentes; Soc. Méd. Mil. Frçse, 1955, 49, 60-65.
7. BOIDE D. et J. SIMONIN : Soc. Méd. Mil. Frçse, 9-12-37, p. 9 (cit. 5).
8. CADE et P. RAVAUULT : Les albuminuries digestives; Journ. Méd. Lyon, 20-12-1924, 35.
9. CAMELIN A. et H. GARNUNG : Les aspects actuels du problème des albuminuries du jeune soldat; Soc. Méd. Mil. Frçse, 1953, 47, 11-17.
- 9<sup>a</sup> CODVELLE, PARAIRE et JACQUIER : Soc. Méd. Mil. Frçse, 1938, 32, 99-105 (cit. J. F. Porge).
10. COIRAULT R., R. TOULOUSE et R. CARLI : Résultats obtenus au cours de 44 clearances rénales. La clearance à l'hyposulfite de soude, épreuve pratique de fonctionnement rénal; Soc. Méd. Mil. Frçse, 1952, 46, 192-204.
11. COLLIGNON : Les rénaux dans l'Armée; Arch. Méd. Path. Mil., 1929, 89, 41.
12. COUMEL H., H. BAYLON, R. HUGONOT, J. GALY et A. PORTAL : Les albuminuries intermittentes; J. d'Urol. 1953, 59, 763-779.
13. DE GRAILLY R. et H. DESTREM : L'exploration fonctionnelle des reins. Quelques applications aux décisions des conseils de réforme; Prog. Méd., 1953, Nr. 17, 347-353.
14. DEROT M., M. GOURY-LAFFONT, J. MARCEL, M. PERRIN et M. SARFATI : Recherches sur les malformations pyélo-rénales dans les né-

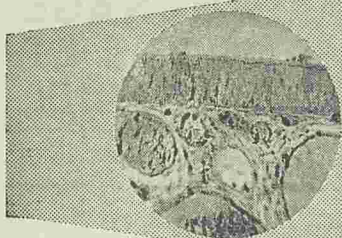


- phrites chroniques; Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1952, 68, 443-445.
15. DUTREY : L'exploration fonctionnelle du rein en pratique courante; Rev. Corps de Santé Mil. 1952, 239-260.
  16. FAUBERT R. et L. HARTMANN : Détermination qualitative et quantitative des protéines urinaires; J. d'Urol., 1953, 59, 732-746.
  17. FINOT Ch. : De l'albuminurie intermittente irrégulière chez les gens bien portants. Etude clinique et statistique; Thèse Lyon, 1891.
  18. FRITEL D. : Les méthodes d'exploration fonctionnelle du rein; France Méd., 1951, Nr. 1, 5-8.
  19. GARNUNG H., M. FAVIER, J. VAILHE, H. ROUMAGNAC et J. DELMAS : De l'intérêt de l'urographie intraveineuse dans les albuminuries juvéniles isolées; Presse Méd., 1953, 61, 323.
  20. GARNUNG H., M. FAVIER, J. VAILHÉ, H. ROUMAGNAC et J. DELMAS : De l'intérêt de l'urographie intraveineuse en pratique médicale courante dans le dépistage des néphropathies congénitales; Soc. Méd. Mil. Frçse, 1952, 46, 212-214.
  21. GOVAERTS P. et A. DE LAUNE : Influence de l'intensité du travail musculaire sur la diurèse, l'albuminurie et la cylindrurie; Bruxelles Méd., 1940, Nr. 11.
  22. GOVAERTS P. et P.-P. LAMBERT : Physiopathologie de la protéinurie; J. d'Urol., 1953, 59, 693-731.
  23. HAMBURGER J. : Les clearances urinaires ou coefficients d'épuration plasmatique; Presse Méd., 1951, 59, 689.
  24. HAMBURGER J. : La numération des éléments figurés de l'urine; Entretiens de Bichat 1954, 475.
  25. HUGONOT R. et Mlle JEANNIOT : Albuminurie et cylindrurie d'effort; Soc. Méd. Mil. Frçse, 1952, 46, 207-211.
  26. KING S.E. : Kinds of proteinuria in differential diagnosis of the renal disturbances; J.A.M.A., 1954, 155, 1023-1026.
  27. KING S.E. et D.S. BALDWIN : Hémodynamique rénale durant la lordose en station debout chez l'homme et chez des sujets présentant une protéinurie orthostatique; Proc. Soc. Exp. Biol. Méd., 1954, 86, 634-636.
  28. KING S.E. and C. GRONBECK : Benign and pathologic albuminuria. Study of 600 hospitalized cases; Ann. Int. Med., 1952, 36, 765-785.
  29. LAROCHE Cl. et J. PAOLAGGI : L'exploration des fonctions par les épreuves de concentration; Revue du Pratic., 1954, 4, 709-714.

30. LÉCORCHE E. et Ch. TALAMON : Notes cliniques sur l'albuminurie. 1 vol., Paris 1897.
31. MAUVAIS R., L. DUTEL et Y. FREMOND : Le pronostic et l'expertise des albuminuries dans l'Armée; Soc. Méd. Mil. Frçse, 1952, 46, 205-207.
32. MEERSSEMANN : Soc. Méd. Mil. Frçse, 1934, 28, 192-195 (cit. J.F. Porge).
33. MILLET J. : Le coefficient post-hypophysaire. Thèse Paris 1953.
34. MILLIEZ P. et D. FRITEL : Les facteurs étiologiques prédisposant aux complications hypertensives de la grossesse; Sem. Hôp. Paris, 1951, 27, 164.
35. MILLIEZ P. Cl. POLONOWKI, Chr. DEGRANGE-TOUZIN DE MARTIGNAC et J. TRUFFERT : Variations des épreuves rénales en position debout et en position couchée; Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1952, 68, 447-452.
36. MOINE D. : Les albuminuries des jeunes soldats. Thèse Lyon 1952.
37. PAGES F. et J. BERNARD : Etude critique des tests d'exploration rénale dans l'expertise d'une albuminurie intermittente; Rev. Corps de santé Mil., 1955, 11, 155-173.
38. PAPPENHEIMER J.R. : Passage of molecules through capillary walls; Physiol. Rev., 1953, 33, 387.
39. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, A. DOMART, P. MILLIEZ et P. MAURICE : Danger de l'urographie intraveineuse chez les azotémiques; Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1946, 62, 452-454.
40. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, P. MILLIEZ, R. WOLFRÖMM, F. MALLAT et J.-A. JACOT : Pronostic et traitement des albuminuries isolées; J. d'Urol., 1953, 59, 780-795.
41. PELOT G. : Vraies et fausses albuminuries; Soc. Méd. Mil. Frçse, 1953, 47, 9-11.
42. PRINCE C.L. : Orthostatic albuminuria; Journ. of Urol., 1943, 50, 608.
- 42<sup>a</sup> PORGE J.-F. : Les néphrites vaccinales; Presse Méd., 1950, 58, 320.
43. RATHERY F. : Néphropathies et néphrites. Leçons cliniques. Paris 1941.
- 43<sup>a</sup> RICHET G. et J. CROSNIER : Examen d'un albuminurique; J. d'Urol., 1953, 59, 747-762.

44. RIGAS D.A. and C.G. HELLER : The amount and nature of urinary proteins in normal human subjects; J. Clin. Invest., 1951, 30, 853-861.
45. RYTAND D.A. : The renal lesions in orthostatic albuminuria; Arch. Int. Med., 1937, 59, 848.
46. SOULIER J.P. : Etude électrophorétique de 86 cas de protéinurie; Presse Méd., 1953, 61, 79.
47. TEISSIER J. : Les albuminuries curables. Baillière et fils, 1900 (cit. 5).
48. VON NOORDEN : Uber Albuminurie beim gesunden Menschen; Archiv für klin. Med., 1930, 118, 217.

## les gouttes O.R.L. CHIBRET



Crupe histologique  
d'une muqueuse nasale normale  
(bordure ciliaire intacte)

LABORATOIRES CHIBRET - CLERMONT-FERRAND

sont  
conformes aux exigences  
de la physiologie nasale

BENZO-DODECINIUM  
CORTISONE  
OLEOSORBATE "80"  
PROPIONATE

TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

24, Avenue de Lyon — TUNIS



**CALCIUM  
CORBIÈRE**  
**BUVABLE**  
*vitaminé*  
**C. D. P. P.**

2 FORMES

**"Normal"**

C. D. P. P.

**GROSSESSE  
ALLAITEMENT  
CROISSANCE  
ANOREXIE  
STRESS**

Boite 8 ampoules 10cc.  
Coffret 24 ampoules 10cc.

**"Fort"**

C 500.D.PP 100 mg.

**dépansions  
du tonus  
SURMENAGE  
PHYSIQUE ET  
INTELLECTUEL**

Boite 16 ampoules 10cc.

**1 à 3 ampoules par jour**

**REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**

27, Rue des Renaudes. PARIS (XVII<sup>e</sup>)

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

## Effets de l'hyperglycémie sur le choc histaminique et anaphylactique chez l'animal

par M. UZAN et M. COHEN

—0—

Il semble cliniquement exister un antagonisme entre hyperglycémie diabétique et accident allergique. Nous avons déjà présenté ailleurs (1) les arguments plaidant en faveur de ce fait. La question méritait d'être étudiée expérimentalement.

Déjà KARVINEN et KARVONEN, FOREST et CODE avaient démontré par la technique du petit estomac isolé de PAVLOV une inhibition de l'histamino-sécrétion gastrique par l'insuline.

Dans une série d'expériences, poursuivies au Laboratoire de Physiologie de l'Institut des Hautes Etudes de Tunis, nous avons essayé de provoquer des chocs histaminiques ou anaphylactiques chez les animaux rendus hyper ou hypo-glycémiques.

### EXPERIENCE I

ANIMAUX ALLOXANISÉS :

1<sup>re</sup> *Expérience* : Animal Cobaye :

1<sup>o</sup> cobaye : témoin, poids 570 grammes;

2<sup>o</sup> cobaye : reçoit 50 mgr par kilo d'alloxane, poids 400 gr;

3<sup>o</sup> cobaye : reçoit 75 mgr par kilo d'alloxane, poids 320 gr.

Les animaux suivent le même régime, le choc histaminique est provoqué 24 heures après l'injection d'alloxane. Le cobaye N° 3 était fatigué et apathique au début de l'expérience.

Voici nos observations :

(1) M. COHEN : Diabète et Maladies allergiques - « Le Diabète », N° 6 nov.-déc. 1955, p. 189-195.

Heure	Cobaye 1 (témoin)	Cobaye 2 (50 mgr)	Cobaye 3 (75 mgr)
0 heure	Injection histamine	Injection histamine	Injection histamine
2 minutes	Selle	0	0
5 »	Pelotonné (indifférent)	selle	0
6 »	Selle	0	0
7 »	Prurit (+ + +)	0	0
8 »	Prurit	0	0
10 »	Prurit	0	0
12 »	Prurit + dyspnée	0	0
15 »	Prurit dyspnée (+ +) ne réagit par aux excitations	Sursaute aux excitations	Sursaute aux excitations
20 »	Pelotonné ne bouge pas	0	Se dispute
21 »	Prurit	Se dispute	0
25 »	Prurit (+ +)	Prurit discret	0
30 »	dyspnée moins intense	Pas de dyspnée	0
35 »	Prurit discret	0	0
40 »	Prurit (+ + +)	0	0
50 »	Semble calmé	0	Prurit discret
60 »	Mis en cage	0, mis en cage	0, mis en cage

2<sup>e</sup> *Expérience* : Rat, animal alloxanisé.

Rat 1 : Témoin, poids 76 grammes;

Rat 2 : Reçoit 50 mgr par kilo d'alloxane, poids 82 grammes;

Injection de 1 mgr par kg d'histamine

*Résultats* :

Rat 1	Rat 2
Agitation	Agitation (+ +)
Dyspnée (+ + +)	Dyspnée (+ +)
Enophthalmie	Exophthalmie
Se remet à manger à la 30 <sup>e</sup> minute	Se remet à manger à la 13 <sup>e</sup> minute



3<sup>e</sup> *Expérience* : Mêmes animaux, reprise 7 jours après la 1<sup>re</sup>.

Le Rat N° 2 reçoit le 3<sup>e</sup> jour 50 mgr/kg d'alloxane à titre d'injection de rappel.

Résultats :

Heure	Rat 1 (témoin)	Rat 2 (alloxanisé)
0 heure	Injection histamine	Injection histamine
1 min. 30	Dyspnée	Agitation
2 »	Agitation	0
6 »	Exophtalmie	Dyspnée (+)
8 »	Dyspnée (++)	Somnolence
12 »	Somnolence	Dyspnée (+)
20 »	Dyspnée (++)	Dyspnée (+)
25 »	Dyspnée (++)	Choc calmé
35 »	Crise convulsive	
40 »	Dyspnée (+++)	0
50 »	Prurit (++)	0
60 »	Dyspnée calmée	0

## EXPERIENCE II

*Principe* : Injection à trois cobayes sains d'histamine.

Le premier sert de témoin.

Le second reçoit avant le choc histaminique 5 cc de sérum glucosé.

Le troisième reçoit avant le choc 1 unité par kg d'insuline. Les cobayes pèsent : 440 gr le 1<sup>er</sup>, 390 gr le 2<sup>e</sup>, 400 gr le 3<sup>e</sup>.

*Résultats* : Après l'injection de sérum le choc est retardé et écourté.

Après injection d'insuline le choc est immédiat et intense. Voici les résultats de nos observations :

Heure	Témoin	N° 2, sérum glucosé	N° 3, insuline
0 heure	Histamine	Histamine + sérum	Histamine + insuline
2 minutes	Dyspnée discrète	Selle	Selle
6 »	Pelotonné sur lui-même	0	Prurit (++)
10 »	Selle + prurit	0	
12 »	Dyspnée (+) + selle	0	Dyspnée
13 »	Selle	0	Prurit (++)
15 »	»	Selle	Prurit (++)
20 »	»	0	Dyspnée (52 respirations par minute)
25 »	La dyspnée diminue	40 respiration par minute	
30 minutes	Pelotonné	Selle	Dyspnée (60 resp. par min.)
35 »	Reprise de la dyspnée	Selle début de dyspnée (48 resp.)	Pelotonné
40 »	CONVULSIONS	Crie quand on le touche	Apathie Prurit discret
45 »	Secousses	Apathie	Normal cherche à manger.
50 »	Normal fin du choc	Prurit ++	
55 »	Selle	Chaque dents, quelques secousses	
60 »		Dyspnée	
65 »		La dyspnée se calme	
70 »		Comportement normal remis en cage	

## EXPERIENCE III

*Principe* : Injection à des cobayes en plein choc histaminique de sérum glucosé ou d'insuline.

*Technique* : Le cobaye N° 1 sert de témoin, son poids est 400 gr.

Le cobaye N° 2 reçoit à la 20<sup>e</sup> minute 1/10 d'unité par kilo d'insuline.

Le cobaye N° 3 reçoit à la 20<sup>e</sup> minute 5 cc. de sérum glucosé.

*Résultats* : L'injection d'insuline aggrave le choc, l'injection de sérum glucosé le calme.

COUROS 301

**CHLORHYDRATE DE**

# **TÉTRACYCLINE**

16 dragées à 0,25 g  
10 comprimés à 0,10 g  
25 g. de poudre orale aromatisée à 4%

**LABORATOIRES**

# **DELAGRANGE**

**39, BOULEVARD DE LATOUR-MAUBOURG · PARIS 7<sup>e</sup>**

SOUS CACHET



**DELAGRANGE**

REMBOURSE S.S.  
ET ART. 115 - A.M.G.



Heure	INSULINE EN COURS DE CHOC	TÉMOIN	Sérum au cours du choc
0 minute	Injection histamine	Injection histamine	Injection histamine
3 »	Agitation	Pelotonné	Dyspnée discrète
13 »	Dyspnée	Dyspnée + urine +	Pelotonné
17 »	Dyspnée + Prurit (++)	Selle Prurit	Prurit +++
20 »	INJECTION INSULINE	Dyspnée	INJECTION SÉRUM
20 + 5	Tremblement, cla- que dents	Selle Selle	Selle Dyspnée
» + 10	Dyspnée, poil hé- rissé	Dyspnée discrète	Choc calmé
» + 20	Shock +++	Prurit	Rétablit, se met à
» + 30	Très abattu	Quelques secousses	ronger.
» + 60	A peu près réabli	prurigoïnes	

#### EXPERIENCE IV

*Principe* : Deux lapins de 1 kg 300 reçoivent une injection préparante de 1 cc de sérum de bœuf.

20 jours après, ils reçoivent une injection déclenchante de sérum de bœuf.

Un lapin reçoit 4 heures avant celle-ci 100 mgr/kg d'alloxane par voie intra-veineuse.

*Résultats* : 24 heures après l'injection déclenchante, le témoin est trouvé mort, tandis que celui qui avait reçu de l'alloxane se porte normalement. Il est encore gardé au laboratoire pendant trois jours sans qu'il ne présente de troubles.

*Conclusions* : Il nous semble que ces séries expérimentales confirment l'hypothèse qu'elles devaient vérifier, à savoir un certain antagonisme entre hyperglycémie et accident allergique. Toutefois, de telles expériences mériteraient d'être reprises sur des lots plus nombreux d'animaux.

(Travail du Laboratoire de Physiologie de  
l'Institut des Hautes Etudes de Tunis -  
Directeur : Maurice UZAN).

## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 18 NOVEMBRE 1955

*Présentation de malades :**Présentation de malades de neuro-chirurgie,*  
par M. L. CHATENIER.*Communications :**Néphropathie palustre à syndrome néphrotique,*  
par M. A. MASBERNARD.*A propos de l'allergie - Quelques remarques physio-pathologiques,*  
par M. M. COHEN.

**NEURINASE**  
SOLUTION COMPRIMÉS - SUPPOSITOIRES  
*amorce le*  
*sommeil naturel*  
VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

**ALEPSAL**  
COMPRIMÉS - SUPPOSITOIRES  
PHÉNOBARBITAL. BELLADONE STABILISÉE. CAFÉINE  
10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1/2 Cg. DYSTONIES  
*simple, sûr, sans danger*

*Nouvelle Forme: Suppositoires*

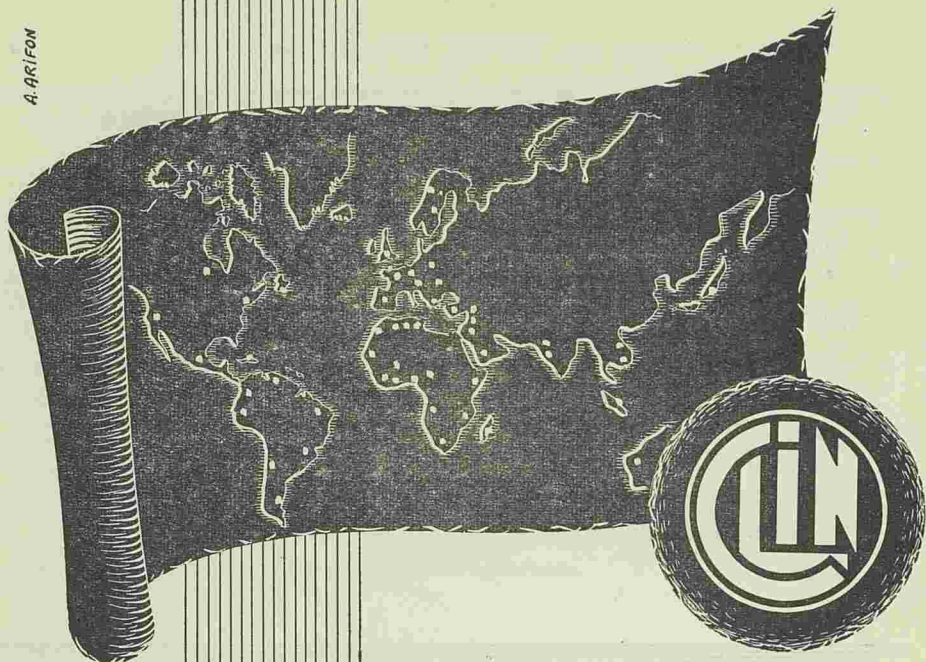
Tp

Remboursée Sécurité Sociale

LAB. GÉNÉVRIER  
45, Rue Michelis  
NEUILLY-PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS

A. ARIFON



### PADERYL

Sédatif nerveux, calmant de la toux

Dragées - Sirop

Tubes de 20 - Flacons 90 cc.

### BIOCIDAN

Antiseptique pénétrant

Solution      Collutoire      Collyre

Flacons 30 cc. Flacons 30 cc. Ampoules 10 cc.

Tablettes      Poudre      Chirurgical

Boîtes 24 Flacons 10 g. Ampoules 10 cc.

### CORALEPTINE

Analeptique cardio-respiratoire

Boîtes de 6 ampoules inject.

Flacons compte-gouttes 30 cc.

LABORATOIRES CLIN-COMAR, 20 RUE DES FOSSES-SAINTE-JACQUES, PARIS V<sup>e</sup>, ODE. 28-30



## Néphropathie palustre à syndrome néphrotique

par A. MASBERNARD

Après avoir été décrites et admises, surtout dans le cadre du paludisme chronique, par les anciens auteurs (KIENER, 1877 (15), ATKINSON, 1884 (3)) les néphrites palustres disparurent de la nosographie classique jusqu'en 1926 où VINCENT et RIEUX, dans le Nouveau Traité de Médecine, admettent le rôle direct de l'hématozoaire dans l'atteinte rénale du paludisme, « une des complications les moins rares tant du paludisme aigu ou subaigu que du paludisme chronique ». Depuis lors, nombreux furent les travaux consacrés dans tous les pays à cette question qui, après avoir été à l'ordre du jour du 2<sup>e</sup> Congrès International du Paludisme à Alger en 1930 (10), fit l'objet de deux mises au point récentes (F. AMOROS (2), Ch. SARROUY, Cl. BOULARD, A. PORTIER et J. MASSONAT (24)). En 1951, A. CORCOS et A. CITTANOVA (8) étudiaient 14 cas de néphrite palustre et mettaient en évidence l'importance des œdèmes et des perturbations protidiques qu'avait déjà observée ABDALLAH BEN TAIEB (1) en 1937 chez les Tunisiens.

Parmi les néphropathies palustres à forme albuminurique et œdémateuse, une forme rare est observée, qui comporte un syndrome néphrotique plus ou moins pur. Mme M. OLIVIER-FAUCHER (18) en décrit un cas en 1931, mais sans albuminurie. A. FABRY, J. GUILHERM et Ch. RAGIOT (13) en 1937 mettent en corrélation la fréquence de la néphrose lipoïdique en Cochinchine et la haute endémicité palustre et rapportent 10 observations de syndromes néphrotiques chez des autochtones paludéens, en insistant sur le peu de prise qu'a généralement le traitement antipalustre sur les anomalies tant cliniques que surtout biologiques et sur l'évolution rapide vers la néphrite urémigène fatale; ils en distinguent le syndrome « bouffissure d'Annam » de L. NORMET avec son anémie, sa sérologie syphilitique souvent positive et qui ne comporte pas d'albuminurie. P. VEYRE et MERLE (17, 27), en 1947, également en Indochine, notent de même les rapports entre néphrose lipoïdique ou syndrome néphrotique et malaria et observent les mêmes échecs de la thérapeutique antipalustre. BENHAMOU et Mlle MARILL (4) publient en 1938 une observation de néphrite palustre à syndrome initialement néphrotique et l'année suivante Ch. SARROUY et A. PORTIER (26) rapportent celle d'un syndrome néphrotique sans signe de néphrite mais qu'ils ne purent voir évoluer. D'autres cas, moins typiques, sont publiés par Ch. SARROUY, P. COMBE et R. PROST (25), A. PORTIER et L. VOLLENWEIDER (21), PEDRO MENENDES (16). P. RAVAUULT, A. CAMELIN et PONT, en 1949, observent (23) chez un sujet rentrant du Maroc et présentant un paludisme d'invasion à Pl. VIVAX l'évolution de signes de néphrite et d'un syndrome biologique néphrotique discret et incomplet.

La « néphrose lipoïdique palustre », quoique rare, n'en est pas moins maintenant connue et les quelques observations que nous mentionnons, rapportées ces dernières années, authentifient le rôle de l'hématozoaire dans sa genèse. Mais a-t-on le droit de parler de « néphrose lipoïdique palustre ? » Parmi les observations que nous avons lues, la plupart comportent, dès le début de l'évolution, des signes de néphrite associés ou évoluent rapidement vers une néphrite urémigène terminale; celles qui n'en mentionnent pas (13, 36) sont privées d'explorations fonctionnelles rénales ou manquent manifestement de recul. BENHAMOU inscrit le syndrome néphrotique de sa malade dans le cadre de la néphrite (4). La présence d'un syndrome néphrotique complet au début d'une glomérulonéphrite subchronique sans insuffisance rénale est, d'autre part, un fait classique.

Les recherches récentes ont démontré la fragilité des arguments cliniques, biologiques (hématurie, profil électrophorétique) et anatomiques que l'on avait avancés pour tracer entre néphrose lipoïdique et glomérulonéphrite une frontière qui semble devenir de moins en moins rigide (M. DEROT et G. LAGRUE, 11). Il semble donc que la dénomination de « *néphropathie palustre à syndrome néphrotique* » corresponde plus à la réalité des faits que celle de néphrose lipoïdique qui tendrait à lui attribuer une curabilité et une évolution plus favorables que ne le montrent presque tous les cas publiés et le nôtre.

Nous croyons intéressant de rapporter celui-ci en raison de la longueur de son observation clinique et biologique sous différents traitements et malgré la grosse lacune que représente l'absence de données anatomopathologiques dont justement sont privées, en général pour les mêmes raisons, les observations publiées jusqu'ici.

OBSERVATION (résumée) - Moh... Ali el H..., Tunisien de 23 ans, entre le 14 septembre 1954 dans le Service de Médecine de l'Hôpital Militaire Louis Vaillard à Tunis pour « anasarque avec fièvre et dyspnée ».

Aucune anamnèse pathologique chez ce sujet rentré 3 semaines auparavant d'Indochine, où il ne présenta ni dysenterie, ni accès palustres durant ses 28 mois de séjour.

Après un épisode fugace de diarrhée et de coliques abdominales le 9, apparaissent le 13-9-54 des douleurs abdominales, de la fièvre, de la dyspnée, de l'ascite et des œdèmes qui envahissent rapidement la moitié inférieure du corps.

*A l'entrée* : sujet dyspnéique et polypnéique, au teint pâle et cireux, légèrement cyanosé, dont les œdèmes blancs et mous très importants des membres inférieurs, des parties génitales et de la paroi abdominale sont associés avec une ascite libre abondante sans déplissement ombilical ni circulation collatérale. Temp. 39°2, pouls 100.

*A l'examen* : épanchement bilatéral aux deux bases pulmonaires sans signes parenchymateux, cœur assourdi et galop endapexien pré-

systolique, TA à 80— ? (mn. imprenable), langue saburrale, pas de subictère conjonctival, foie difficile à palper semblant déborder de 2 TD, rate percutable sur un travers de main; urines hautes en couleur, rares; aucun signe neurologique; faciès anxieux.

Devant cette pyrexie chez ce sujet récemment revenu d'Extrême Orient, l'on pratique immédiatement une lame de sang qui s'avère positive : « présence de schizontes et de corps amœboïdes de *Plasmodium Vivax* ». L'importance des œdèmes invite à un bilan sanguin et urinaire :

— Urée : 0,66 g p. 1000, cholestérolémie : 1,35 g p. 1000;

— Urines : Urée 15 g p. 1000, chlorures 4 g p. 1000, ni sucre, ni acétone, pigmenturie, urobilinurie.

*Albuminurie* : 12,5 g p. 1000;

*Cylindres granuleux, hématies* et leucocytes au culot;

Pas de corps biréfringents.

Outre les tonicardiaques, le malade reçoit 0,80 g de quinine.

Le lendemain, apyrexie complète, TA à 130-90, bien meilleur état général, bruits cardiaques mieux frappés, mais ascite et œdèmes restent inchangés malgré une diurèse à 800 cm<sup>3</sup>. Urée sanguine à 0,58. puis 0,48 g p. 1000, albuminurie à 13 g p. 1000.

Du 16 au 22-9-54, l'état s'améliore, l'appétit revient, l'apyrexie est définitive, mais les épanchements persistent inchangés et la diurèse oscille entre 500 et 1000 cm<sup>3</sup>. La TA ne dépasse pas 135-90. Le fond d'œil est normal. L'urée sanguine baisse à 0,38, puis 0,24 g p. 1000, la protidémie est à 70 g p. 1000. Urines : concentrations uréiques entre 9 et 15 g p. 1000, chlorures autour de 3 g p. 1000 (régime déchloruré), albuminurie croissant de 13,5 à 17,5 g p. 1000, cylindres granuleux et granulo-graisseux au culot, ainsi que des hématies. Le traitement, outre le régime, est poursuivi avec quinine et nivaquine jusqu'au 18, avec 4 comprimés de Paludrine du 19 au 21, des diurétiques doux et de la rutine.

Le 27-9-54, pour la première fois, sont observés des *corps biréfringents* (CBR) dans le culot urinaire où persistent hématies et cylindres. L'albuminurie a baissé à 2 g p. 1000 le 25.

A partir du 20-10-54, devant la persistance à peine atténuée du syndrome œdémateux malgré le régime déchloruré et carné, la restauration des fonctions digestives et de l'état général (aucune anémie notamment) et une diurèse stable à 1 litre, l'on commence une série de perfusions intra-veineuses quotidiennes de *plasma sec* dilué dans seulement 150 cm<sup>3</sup> (donc à concentration plus que double). Le résultat en est rapide et excellent : élévation de la diurèse à 2 litres et plus et résorption complète en 14 jours des épanchements et des œdèmes. Malheureusement le syndrome biologique n'en tire pas le même bénéfice et, si

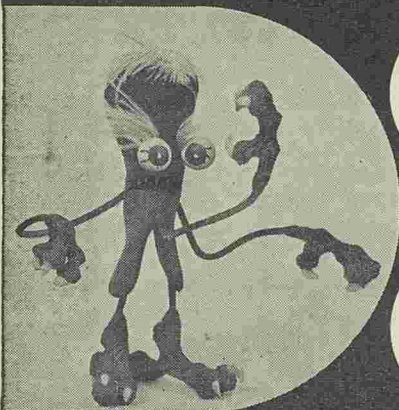


Prescrivez maintenant

# STEARATE d'ERYTHROCINE

(STEARATE D'ERYTHROMYCINE *Abbott*)  
l'antibiotique "ACTUEL"

Comprimés à 0,1 gr.  
(sous pellicule cellulosique)



Posologie : 0,8 à 2 gr. par jour  
enfants, : 30 mgr/kilo

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE n'est pas détruit par le  
suc gastrique.

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE donne une concentration  
sanguine antibiotique QUATRE FOIS  
PLUS RAPIDE que les anciennes  
dragées.

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE permet l'absorption  
aisée du comprimé tel que ou écrasé  
(enfants, certains malades).

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE ne perturbe guère la  
flore intestinale, a peu d'effets secon-  
daires et contre les infections à cocci  
et notamment les souches résistantes,  
EST ACTIF.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES *Abbott*  
44, RUE BEAUMARCHAIS, MONTREUIL-SOUS-BOIS (SEINE) — TÉLÉPHONE : AVRON 47-77

La Folie M&A DESIGN

**NOUVEAU DOSAGE : Comprimés à 200 mg**  
sous pellicule cellulosique

L'urée reste à 0,34 le 12-10 et 0,32 le 30-10-54, le syndrome néphrotique se précise .

— *Cholestérolémie* à 3,75, puis 6,17 (est. 4,66) g p. 1000, *lipidémie* à 8 g p. 1000 le 30-10-54.

— *Protidémie* le 12-10 à 64 g p. 1000 (dont 40 % d'albumine) et le 30-10 à 50 g p. 1000 (dont Alb. 19,85, globulines  $\alpha_1$  3,4,  $\alpha_2$  20,2,  $\beta$  24,  $\gamma$  32,3 %, SA/SG 0,24) (\*) et les urines contiennent toujours cylindres granuleux et granulo-graisseux, CBR et albumine (3 à 9 g p. 1000).

La plasmathérapie est cessée le 1-11-54.

Du 3 au 12-11-54, malgré un test de Thorn (à 25 mg d'ACTH i. m.) négatif à 356-400, est pratiquée une *cure d'A.C.T.H.* à 100 mg i. m. par jour. La diurèse baisse de 1000 à 500 cm<sup>3</sup> jusqu'au 8<sup>e</sup> jour pour s'élever brusquement le 9<sup>e</sup> à 1.200 cm<sup>3</sup>, puis 2 litres. Même bon état général. Fond d'œil normal et T.A.C.R. à 20. Même régime déchloruré, délipidé et hyperprotidique. Dans le sang :

— urée inchangée à 0,32 et cholestérol abaissé à 3 g p. 1000 le 23-11 (mais sans baisse de la lipidémie qui reste à 8,28 g p. 1000);

— protidémie à 46 g p. 1000 avec aggravation des perturbations qualitatives le 15-11-54 (Alb. 10,9 globulines  $\alpha_1$  1,8,  $\alpha_2$  38,2,  $\beta$  27,3,  $\gamma$  21,7 %, SA/SG 0,11), améliorées le 23 (Alb. 17,7, globulines  $\alpha_1$  3,  $\alpha_2$  27,7,  $\beta$  16,2,  $\gamma$  35,2 %, SA/SG 0,21).

Albuminurie à 2,5 - 4 g p. 1000, cylindrurie et élimination de nombreux CBR.

Après l'échec de cette cure hormonale, un traitement à 3 mg de *Thyroxine* pro die est entrepris et poursuivi jusqu'au 3-1-55, très bien supporté. L'état clinique se maintient normal, sans tachycardie, ni amaigrissement, ni œdèmes notamment.

Une clearance uréique de van Slyke à 66,27 %, une PSP à 15-20 % aux 15<sup>e</sup> et 70<sup>e</sup> min. et un test de Lebermann à 108 % ont montré l'absence de signes d'insuffisance fonctionnelle rénale marquée.

L'urée urinaire oscille entre 10 et 23 et les chlorures entre 7 et 12 g p. 1000. Ceux-ci démontrent que notre malade mange, en plus du régime déchloruré ordonné, des provisions apportées par la famille, ce qui est impossible à interdire en dehors d'une discipline carcéraire.

Pendant cette période les résultats biologiques sont les suivants :

— Urée stable à 0,38 g p. 1000;

— Cholestérolémie à 2,3 le 10-12 et 4,83 g p. 1000 le 3-1-55;

— Lipidémie à 13,7 le 17-12-54 et 11,85 g p. 1000 le 3-1-55;

(\*) Lipidémies par méthode Bloor-Grigault. Electrophorèses par appareil Elphor, 110 V, 14 heures, coloration à l'amidoschwarz,

Ⓘ. 25.10.54

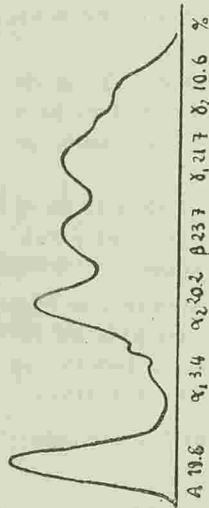
Pr. 50

SA/SG=0.25

Ch. 6.2

Li. 8

Ur. 0.32



ⓓ. 24.11.54

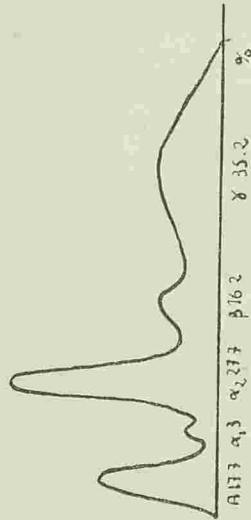
Pr. 46

SA/SG=0.23

Ch. 3

Li. 8.2

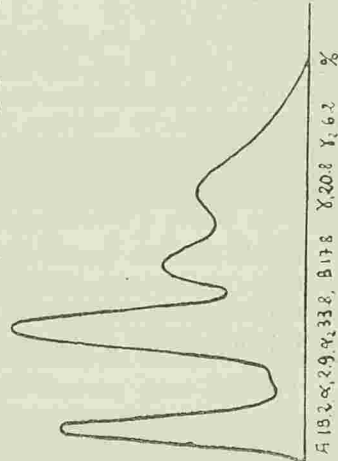
Ur. 0.32



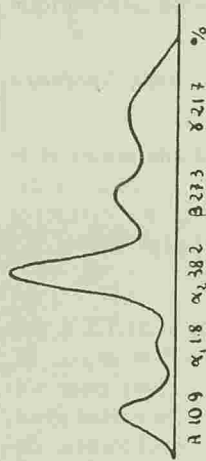
ⓔ. 23.12.54

Pr. 45.7

SA/SG=0.32



ⓖ. 15.11.54



ⓓ. 10.12.54

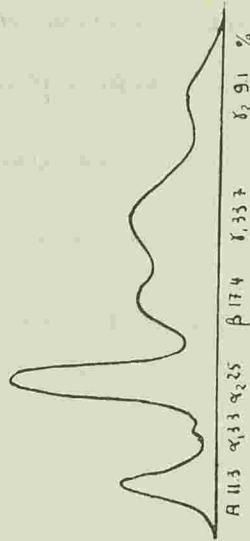
Pr. 43

SA/SG=0.13

Ch. 2.3

Li. 13.7

Ur. 0.38



ⓖ. 4.1.55

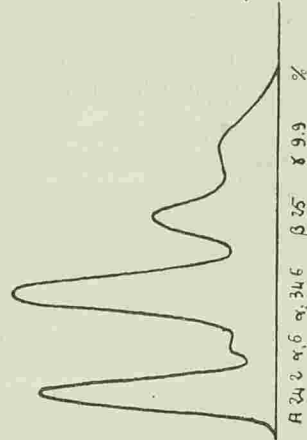
Pr. 44

SA/SG=0.32

Ch. 4.8

Li. 11.85

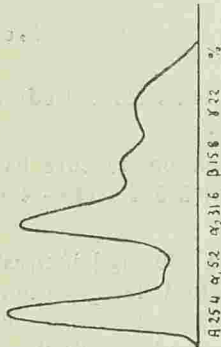
Ur. 0.38





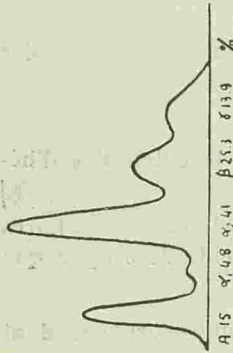
(VII) 24.1.55

Pr. 49.7  
SA/SG: 0.34  
Ch. 4.15  
Li. 8.2  
Ur. 0.38



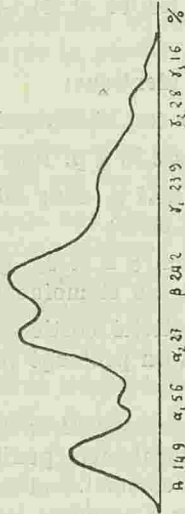
(VIII) 8.2.55

Pr. 48  
SA/SG: 0.17  
Ch. 3.95  
Li. 12.8  
Ur. 0.38



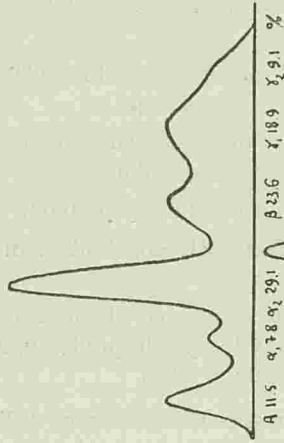
(IX) 23.2.55

Pr. 51.6  
SA/SG: 0.17  
Ch. 3  
Li. 18  
Ur. 0.47



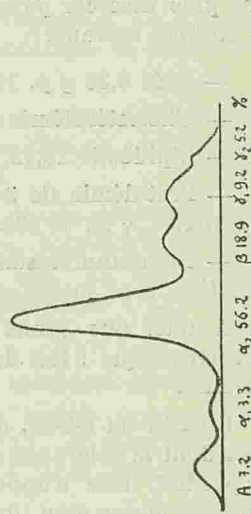
(X) 24.3.55

Pr. 43  
SA/SG: 0.13  
Ch. 1.98  
Li. 10.5  
Ur. 1.10



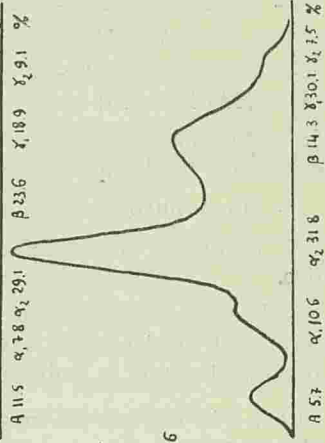
(XI) 18.5.55

Pr. 41  
SA/SG: 0.08  
Ch. 3.2  
Li. 18.3  
Ur. 0.87



(XII) 24.6.55

Pr. -  
SA/SG: 0.06  
Ch. 2.4  
Li. 12.9  
Ur. > 2.40



### EVOLUTION DES PRINCIPALES ANOMALIES SANGUINES :

Protidémie, Cholestérolémie, Lipidémie, Urée, (en g p. 1000), rapp. SA/SG.

— Protidémie le 10-12-54 : 43 g, dont Alb. 11,3, gl.  $\alpha_1$  3,3,  $\alpha_2$  25,  $\beta$  17,4,  $\gamma$  42,8 % (SA/SG 0,13);

— Protidémie le 24-12-54 : 45 g, dont Alb. 18,2, gl.  $\alpha_1$  2,9,  $\alpha_2$  33,8,  $\beta$  17,8,  $\gamma$  27 % (SA/SG 0,22);

— Protidémie le 3-1-55 : 44 g, dont Alb. 24,2, gl.  $\alpha_1$  6,  $\alpha_2$  34,6,  $\beta$  25,  $\gamma$  9,9 % (SA/SG 0,32);

donc stable, mais avec constante augmentation de la sérinémie et des  $\alpha_2$ -globulines tandis que baisse la  $\gamma$ -globuline.

— Albuminurie stable autour de 3 g p. 1000;

— Cylindres granuleux et CBR constants dans le culot. Pas d'hématies.

Si la thyroxine fut bien supportée, de légers œdèmes malléolaires apparaissent fin décembre, tandis que le poids augmente de 3 kg et que la diurèse diminue à moins de 1 litre.

Le 4-1-55 est mis en œuvre un traitement à l'*hydrocortisone* dont on donne 1,080 g jusqu'au 22-1-55, à doses lentement décroissantes depuis 80 mg. La diurèse dépasse rapidement 1,200 l et le poids passe de 62 à 59 kg en une semaine; les discrets œdèmes disparaissent en même temps. Si cette cure fut cliniquement bénéfique, les gains biologiques sont plus discrets puisque les 14 et 24-1-55, les bilans nous donnent les chiffres suivants :

— Urée 0,38 g p. 1000, identique;

— Cholestérolémie 4,95 (est. 3,42), puis 4,16 (est. 1,86) g p. 1000;

— Lipidémie 15,92, puis 8,26 g p. 1000;

— Protidémie (le 24-1) 49,7 g, dont Alb. 25,4 gl.  $\alpha_1$ , 5,26,  $\alpha_2$  25,4,  $\alpha_3$  6,14,  $\beta$  15,8,  $\gamma$  22 % (SA/SG 0,34);

— Albuminurie stable entre 2 et 3,5 g p. 1000, mais les cylindres granuleux sont moins constants et moins abondants.

A noter une bonne réactivité cortico-surrénale en fin de cure hydrocortisonique : test de Thorn prolongé (10 mg i. v.) à 544 - 140 - 480 éos./mm<sup>3</sup>.

Du 28-1 au 6-2-55, une seconde *série d'A.C.T.H.* à 100 mg/j i.m. est faite, dont la tolérance fut localement pénible par défaut de résorption du produit. Elle n'apporte comme modifications qu'une baisse de la diurèse à moins d'un litre les 5 premiers jours (prise pondérale de 2 kg, mais sans œdèmes visibles), à laquelle fait suite une petite décharge de 3 jours à 1,800 litre. On note durant cette décade une élévation très nette de l'albuminurie à 10 et 14 g p. 1000, le culot contenant toujours cylindres granuleux et CBR.

Dans le sang peu de changements (le 8-2-55) : urée à 0,38, cholestérolémie à 3,95 (est. 2,41) et lipidémie à 12,8 g p. 1000. Protidémie à

48 g, dont Alb. 15,05,  $\alpha_1$  4,82,  $\alpha_2$  40,95,  $\beta$  25,32,  $\gamma$  13,85 % (SA/SG 0,17), profil plus perturbé donc que deux semaines auparavant.

Le test de Thorn est inversé le 16-2 : 112 - 312 - 206.

Cliniquement l'état du malade reste satisfaisant jusqu'à la fin de février, l'appétit est conservé, aucun œdème n'apparaît malgré une reprise pondérale de 2 kg, la TA n'a jamais dépassé 110-60 et la diurèse oscille autour d'un litre. Hémogramme normal (4000000 GR, 80 % Hb, 6000 GB dont 67 % PN, Réticulocytes 3 %), ainsi que la résistance globulaire osmotique (Hi 4 et Ht 3,2 sur hématies déplasmatisées).

Mais une urea clearance à 45,85 % et une PSP à 15-20 % mesurent les progrès de l'insuffisance rénale qui permet encore cependant une concentration uréique urinaire de 15 à 35 g p. 1000 (débit quotidien 20-25 g d'urée). Une *poussée néphrétique* s'amorce vers le 20-2-55 par une ascension de l'urée sanguine à 0,47 et de l'albuminurie à 10. 20, puis 30 g p. 1000 et par une plus abondante cylindrurie granuleuse (CBR toujours présents). Les éléments néphrotiques persistent :

— Cholestérolémie 3 (est. 2,13) g p. 1000 et lipidémie 18 g p. 1000;

— Protidémie 51 g, dont Alb. 15, gl.  $\alpha_1$  5,6,  $\alpha_2$  27,  $\beta$  24,3,  $\gamma_1$  23,9,  $\gamma_2$  2,4,  $\gamma_3$  1,6 % (SA/SG 0,17);

notons l'augmentation des  $\gamma$ -globulines et leur dispersion en 3 groupes, phénomène qui apparaît avec la poussée néphrétique et sera constant jusqu'en fin d'évolution.

Le 1-3-55, le malade rentre chez lui avec des consignes diététiques précises sur l'observance desquelles nous ne nous faisons aucune illusion et en 4 jours, il est réenvahi par les œdèmes.

Ramené le 23-3-55, il présente une anasarque et une dysenterie que l'examen de selles confirme être amibienne (4 ex. coprologiques faits au 1<sup>er</sup> séjour avaient été négatifs). Diurèse 500 cm<sup>3</sup>. TA 135-70. Les examens paracliniques confirment la poussée néphrétique :

— Urée 1,10 g p. 1000;

— Albuminurie 6 g p. 1000 et très nombreux cylindres granuleux;

— Cholestérolémie 1,98 et lipidémie 10,5 g p. 1000;

— Protidémie 43 g, dont Alb. 11,5,  $\alpha_1$  7,8,  $\alpha_2$  29,1,  $\beta$  23,6,  $\gamma_1$  18,9,  $\gamma_2$  9,1 % (SA/SG 0,13).

Le test de Thorn (25 mg i. m.) est toujours négatif : 20 - 40.

Jusqu'au 8-4-55 le malade reçoit un flacon de *plasma* (350 cm<sup>3</sup>) par jour ce qui élève sa diurèse à 2 litres, laquelle passe à 3, puis 2,500 litres dès que le plasma est injecté concentré (150 cm<sup>3</sup>). On poursuit celui-ci jusqu'au 15-5-55, la diurèse se maintenant autour de 2 litres, le poids à son chiffre de base (60 kg). Les œdèmes et l'ascite ont notablement rétrocedé, mais incomplètement, le faciès demeure lunaire,



pâle et infiltré; la langue est décapillée et l'appétit capricieux. Le psychisme du malade devient de plus en plus difficile et protestataire.

Les hémogrammes montrent une anémie entre 2400000 et 4000000 GR, qui réagit mal à la thérapeutique et une constante leucocytose (14000-27000) avec légère polynucléose, déjà observées à la 1. phase de la maladie.

Si la TA reste basse (95-60), l'image ophtalmoscopique est déjà perturbée : léger œdème inter-papillomaculaire, TACR à 40.

Les épreuves fonctionnelles rénales sont misérables : urea clearance à 14,23 % et PSP à 1-2,5 %, l'urée urinaire demeurant à moins de 11 g p. 1000.

Le test de Thorn reste négatif (10 mg ACTH i.v.) : 29 - 44 - 19.

L'E.C.G. révèle un microvoltage et un effacement complet des phases de repolarisation.

Les autres éléments chimiques sont (les 12-4 et 12-5-55) :

- Urée 0,88 et 0,87 g p. 1000, abaissée à 0,62 le 27-4-55;
- Cholestérolémie 2,98 (est. 1,36) et 3,21 (est. 1,56) g p. 1000;
- Lipidémie 22,7 et 18,3 g p. 1000;
- Protidémie à 44 g, dont Alb. 15, gl.  $\alpha_1$  2,  $\alpha_2$  46,  $\beta$  27,  $\gamma_1$  7,  $\gamma_2$  3 % (SA/SG 0,17); et 41 g, dont Alb. 7,2, gl.  $\alpha_1$  3,3,  $\alpha_2$  56,2,  $\beta$  18,9,  $\gamma_1$  9,2,  $\gamma_2$  5,2 % (SA/SG 0,08); les perturbations protéiques étant donc en nette aggravation;
- Albuminurie entre 5 et 20 g p. 1000, cylindrurie persistante, élimination de CBR inconstante;
- Glycosurie inférieure à 5 g p. 1000 apparaissant le 7-5-55 et qui persistera plus de 6 semaines.

Les deux mois suivants d'évolution sont ceux d'une aggravation progressive de l'état général, d'une cachectisation irréversible que n'arrêtera pas un essai de cortisone. Un hydrothorax et une ascite modérée persistent, mais peu d'œdèmes aux membres inférieurs. La langue reste vernissée, l'anémie s'accroît, l'appétit et les forces déclinent. L'urée sanguine s'élève progressivement jusqu'à la mort qui survient le 10-7-55, tandis que l'albuminurie et la cylindrurie persistent; les corps biréfringents sont plus rares; les concentrations urinaires baissent.

La dernière électrophorèse, le 24-6-55, montrait : Alb. 5,7, gl.  $\sigma_1$  10,6,  $\alpha_2$  31,8,  $\beta$  14,3,  $\gamma_1$  30,1,  $\gamma_2$  7,5 % (SA/SG 0,06).

Le malade fut malheureusement enlevé par sa famille avant que la mort ne fût complète, si bien qu'aucune autopsie ne put être pratiquée.

*En résumé*, constitution d'un syndrome de néphrose-néphrique au

cours et à la suite d'un paludisme à *Pl. Vivax* de primo-invasion et évolution de cette néphropathie en 2 phases :

— une phase « surtout » néphrotique de 5 mois, avec ses perturbations biochimiques caractéristiques, mais non-améliorée par les thérapeutiques hormonales;

— une phase de 4 mois de néphrite subaiguë azotémique, où persistent quelques-uns des éléments néphrotiques, mais où la rétention uréique passe au premier plan et conduit le malade à la cachexie et à la mort.

Quant au traitement du paludisme, hormis 12 comprimés de Paludrine au début, il fut assuré uniquement par la quinine en raison de son innocuité rénale (Ch. SARROUY, 25) et poursuivi par doses d'entretien hebdomadaires tout au long de la maladie. L'amibiase intercurrente fut traitée avec succès par deux cures de 40 comp. de Bémarsal et 60 comp. de Direxiod.

\*  
\*\*

En quoi cette longue observation, très résumée, apporte-t-elle des éléments intéressants et se distingue-t-elle ou se rapproche-t-elle des rares cas publiés ? Envisageons-en brièvement quelques points particuliers.

1° Le rôle déclenchant du paludisme chez ce malade qui, récemment rentré d'Indochine, était en parfaite santé et y avait subi probablement une analyse d'urines avant son rapatriement, ne peut faire de doute et l'interrogatoire ne révéla aucune autre anamnèse pathologique récente que cette pyrexie d'invasion de 4 jours.

2° Notre observation rappelle celle de MM. P. RAVAUULT, A. CAMELIN et PONT; dans les deux cas le syndrome néphrotique se constitue au cours d'une fièvre de primo-invasion à *Pl. Vivax* et chez des sujets récemment rentrés de pays à endémicité palustre (notre malade n'avait pas quitté Tunis durant le début de sa permission et contracta donc sa malaria avant de débarquer). *Pl. Falciparum* et *Pl. Malariae* peuvent également réaliser des néphroses (13, 4, 26).

3° Remarquons que froid et sous-alimentation, invoqués par CORCOS et CITTANOVA (8) comme facteurs adjuvants dans le déterminisme des néphropathies palustres, ne sauraient être pris en considération chez notre malade, bien nourri et rentrant d'Indochine directement en Tunisie au mois d'août. La protidémie était normale au début (70 g) et l'hyposérinémie encore peu accentuée un mois après (40 %).

4° L'évolution en deux phases successives de notre malade est à rapprocher de celle qu'observèrent BENHAMOU (4) et FABRY (13) chez certains de leurs patients. Sa plus longue durée peut-elle être mise au crédit de la thérapeutique ? Ou peut-être est-elle le fait de la précoci-

té de l'hospitalisation de ce soldat, avant même que le syndrome ne soit complet.

5° Le retard de la constitution du syndrome biologique sur les œdèmes est frappant : alors que l'anasarque était dès l'entrée manifestement très évocateur de néphrose lipoidique et qu'elle se distinguait par les signes urinaires de la « cachexie hydrémique aiguë », la protidémie était encore, 7 jours après, à 70 g (aucune électrophorèse ne put malheureusement être faite alors), le cholestérol sanguin était bas (1,35 g p. 1.000) comme dans tout paludisme aigu et les corps biréfringents n'étaient observés dans l'urine qu'à la fin de la deuxième semaine, au 9° examen. Ce n'est donc que progressivement, en 3 semaines que s'est constitué le syndrome biologique néphrotique dont la très importante albuminurie était l'unique élément initial.

6° La précocité et la constance de l'hématurie microscopique et de la cylindrurie granuleuse trahit l'atteinte néphrétique initiale et donne à notre malade d'emblée l'étiquette de néphrite-néphrose, avec l'élément pronostique que cela comporte. Quant à la discrète azotémie du premier jour, elle n'est certainement pas d'origine rénale.

7° Malgré ces signes certains de glomérulonéphrite, il faut attendre 5 mois pour voir apparaître les signes d'une déficience rénale fonctionnelle nette (urée sanguine, urea clearance, PSP) qui, une fois amorcée, va entraîner en moins de 5 mois la cachexie progressive, sans hypertension artérielle et sans que les œdèmes et épanchements ne réapparaissent aussi importants qu'au début.

8° Un balancement mérite d'être noté, sans pouvoir l'expliquer : la régression de la forte hypercholestérolémie dès le début de la phase néphrétique — elle ne dépassera plus 3 g — sans qu'il en soit de même pour l'hyperlipidémie qui, discrète dans la 1<sup>re</sup> phase, demeure au contraire constamment très élevée au cours de la seconde; la diminution de l'activité lipasique tubulaire contribue alors peut-être à l'accentuation de ce désordre (SVANBORG).

Le parallélisme entre les variations de la lipidémie et celles, plus atténuées, du taux des  $\beta$ -globulines est constant.

9° La chute de la protidémie de 70 à 44 g en 3 mois s'accompagne d'une baisse parallèle de la sérininémie qui n'est que transitoirement relevée par la cure d'hydrocortisone. Le taux des  $\alpha_2$ -globulines inversement ne fait que croître jusqu'à l'apparition de l'insuffisance rénale (10 à 19,70 g p. 1000) (\*); celle-ci au cours de son évolution lui imprime des variations plus irrégulières.

---

(\*) Les taux de ces fractions albuminique et globulinique que nous envisageons ici sont calculés à partir des pourcentages donnés par l'électrophorèse sur papier et de la protidémie totale et sont donc acceptés avec la réserve et l'approximation qu'impose un tel procédé, non-licite vu la non-proportionnalité rigoureuse d'affinité des diverses



10° S'il est des syndromes néphrotiques où les seuils protéinémique et surtout sérinémique sont nets, en deçà desquels apparaissent les œdèmes et où ceux-ci sont proportionnels à l'effondrement de ces taux (J. HAMBURGER, 14, p. 222), en revanche notre malade, chez lequel existait certes une atteinte néphrétique initialement très discrète et surtout un paludisme dont on connaît les importants retentissements réticuloendothéliaux et protidométaboliques, fait preuve d'une *indépendance presque totale* entre les syndromes œdémateux et dysprotéiniques; ceci est déjà dans la néphrose lipoidique pure (P. RAMBERT) un fait connu qui avait conduit à discuter et à mettre en doute le rôle exclusif de l'hypoprotéinémie dans la genèse des épanchements. Initialement protidémie et lipidémie étaient normales et les œdèmes étaient très considérables; ultérieurement par contre l'association d'une hyposérinémie remarquablement accentuée (2,95 g p. 1000 le 12-5-55) et d'une hyperlipidémie à 18,30 g p. 1000 ne donna pas lieu à la réapparition d'une anasarque et les œdèmes, ainsi que l'ascite demeuraient alors très modérés. Cette non-concordance des tableaux clinique et chimique est frappante.

11° Notons enfin, à propos des  $\gamma$ -globulines, deux faits :

— dès le début et sur la plupart des 18 électrophorèses pratiquées (sauf celles des 3-1, 10-2, 12-4 et 12-5-55) les  $\gamma$ -globulines sont proportionnellement augmentées, mais cette hyper- $\gamma$ -globulinémie n'est réelle dans l'absolu que les 30-10 et 23-11-54, peut-être reflet de l'invasion palustre encore récente (JANSEN, SWYNGEDAuw) et favorisée par la néphrite associée;

— à partir de février, où l'insuffisance rénale devint manifeste et se plaça au premier plan, l'électrophorèse met en évidence, phénomène d'interprétation délicate, une dispersion constante en 2 ou 3 groupes des  $\gamma$ -globulines, alors que jusque là la migration était homogène et donnait lieu à un seul clocher. Le processus inflammatoire néphrétique en développement n'est vraisemblablement pas sans influence sur ces anomalies.

12° L'apparition d'une *glycosurie modérée* (3 à 6 g p. 1000) que nous notons chez notre malade et qui persiste durant un mois et demi, correspond à un abaissement du seuil rénal. Elle survient au stade néphrétique, mais peut être observée dans la néphrose vraie (R. DEBRÉ 9, F. RATHERY et P. FROMENT 22, A. DUFORT et DESBOS 12, P. PICARD 20, H. COUMEL 8a).

---

fractions protéiques pour le colorant (J. COURTOIS, G. CARLI 7), en dépit de l'opinion exprimée initialement par le promoteur de la méthode W. GRASSMANN. Une même fraction protéique, suivant les remaniements quelle subit au cours de l'évolution de l'affection, conserve-t-elle en outre affinité strictement constante d'un examen à l'autre ? Ces faits et ces incertitudes réduisent la rigueur scientifique de la méthode, mais n'en ôtent pas l'intérêt.

13° Les *conclusions thérapeutiques* sont défavorables et ne s'éclaircissent que d'un seul succès, mais transitoire et uniquement clinique, celui du plasma intraveineux qu'employaient pour la première fois en France avec des résultats favorables A. CAMELIN, GARNUNG et FORESTIER (5) en 1947, seul ou avec régime préparatoire de crudités (A. CAMELIN, GUIBERT, VERRIER et Mme AMOUR, 6). Ce dernier ne fut pas nécessaire chez notre malade pour qu'en moins de deux semaines l'anasarque initiale se résorbât complètement grâce à ces perfusions concentrées et malgré une chute de la protidémie de 70 à 50 g p. 1.000 et de la sérinémie à 10 g p. 1000, fuite protéique que plasma et régime hyperprotidique s'avèrent impuissants à compenser; lors de la seconde poussée œdémateuse, la plasmathérapie n'eut pas un effet clinique aussi spectaculaire et aussi total malgré une influence diurétique nette (2 l); la *supériorité de ce plasma en solution concentrée* (150 au lieu de 350 cm<sup>3</sup>), d'ailleurs parfaitement supportée à condition d'observer de strictes précautions lors de sa préparation, ressort du clocher de diurèse à 3 litres puis 2,500 pendant une semaine qui suivit sa substitution le 9-4-55 au plasma non-concentré. Cette seconde série plasmothérapique n'enraya pas non plus l'accentuation de la baisse protéinique et sérinémique.

14° Aucune des deux cures d'A.C.T.H. n'amena d'amélioration des perturbations lipidiques et protéiques; l'albuminurie fut inchangée ou augmentée (février) et aucune élévation franche de la diurèse en fin de série ne fut observée à la suite de la réduction initiale transitoire; même un test de THORN favorable (540-140-480) n'assura pas un succès à la seconde cure.

L'emploi de l'hormone thyroïdienne nous est apparu être entièrement dénué d'efficacité tant clinique que biologique.

15° L'*hydrocortisone*, en revanche, eut un effet certain : élévation de la diurèse au début, perte de 3 kgs, disparition complète des discrets œdèmes qui étaient réapparus, diminution sensible de la cholestérolémie, de la lipidémie et des  $\beta$ -globulines, légère augmentation de la protidémie et de la sérinémie mais sans réduction nette du clocher d' $\alpha_2$ -globulines.

\*  
\*\*

L'histoire évolutive de notre malade, notamment celle de la constitution initiale des troubles s'inscrit dans le cadre de la néphrose-néphrite intriquée d'emblée dont PASTEUR-VALLÉRY-RADOT (19), WOLFROMM, LAROCHE, P. PICARD (20) étudiaient les particularités et rapportaient des observations. L'insuffisance rénale resta longtemps latente mais peut-être les clearances au mannitol nous l'auraient-elles révélée avant que les épreuves standard ne fussent perturbées et que l'urée sanguine ne s'élevât. Comment expliquer d'une manière satisfaisante la genèse des troubles et leur enchaînement, ainsi que les particularités biologiques et la résistance à la thérapeutique du syndro-

me néphrotique ? La responsabilité de la très forte albuminurie initiale, véritable diabète protidique, semble un fait certain dans l'appauvrissement ultérieur progressif du capital protidique et surtout albuminique, au début normal, de notre malade et ressort de la théorie pathogénique rénale de la constitution de la néphrose. Les altérations lipidiques seraient secondaires à cette déperdition protéinique, ainsi que les réalisèrent certaines expériences de plasmaphérèse chez l'animal. Mais nombre d'inconnues persistent.

Peut-être d'autres observations comparables pourront-elles permettre de tirer d'explorations biochimiques plus complètes des conceptions pathogéniques s'accordant avec celles, déjà fort complexes et incertaines, que connaissent encore actuellement les néphroses lipoidiques et de préciser et améliorer ainsi en particulier la thérapeutique de ces néphropathies palustres à syndrome néphrotique,

(*Service de Médecine de l'Hôpital Militaire L. Vaillard, Tunis.*)

#### RESUME

L'auteur rapporte un cas de néphrose-néphrite constituée chez un Tunisien à l'occasion d'un accès palustre de primo-invasion à *Pl. Vivax*. L'évolution se fit en deux phases successives de 5 mois chacune : la 1<sup>re</sup> avec un syndrome complet progressivement réalisé en quelques semaines, sans insuffisance rénale fonctionnelle, mais avec hématurie et cylindrurie, la 2<sup>e</sup> offrant un syndrome néphrotique plus dissocié et l'évolution irréversible d'une néphrite azotémique subaiguë. Les particularités cliniques et biochimiques en sont étudiées dans leur enchaînement et en fonction des traitements. L'A.C.T.H. et l'hormone thyroïdienne restèrent sans effet, l'hydrocortisone amena une amélioration clinique et biologique discrète et transitoire; seule la plasmathérapie intraveineuse réduisit l'anasarque, mais ne réussit pas à enrayer les désordres métaboliques.

ZUSAMMENFASSUNG. Der Verfasser legt einen Fall von Nephritis-Nephrose dar, die sich bei einem Tunesier anlässlich eines Malaria Primäranfalls mit *Pl. Vivax* bildete. Die Entwicklung erfolgte in zwei aufeinanderfolgenden, je fünfmonatigen Phasen : die Erste mit einem typischen vollständigen, allmählich binnen weniger Wochen verwirklichten nephrotischen Syndrom ohne funktionelle Niereninsuffizienz aber mit Hämaturie und Zylindrurie, die Zweite mit einem nur teilweise vorhandenen nephrotischen Syndrome und mit einer nach und nach zunehmenden unumkehrbaren urämischen subakuten Nephritis. Es werden die klinischen und biochemischen Eigenheiten im Laufe der Entwicklung und in Zusammenhang mit den Behandlungen hervorgehoben. A.C.T.H. und Schilddrüsenhormon blieben wirkungslos, Hydrocortison brachte eine geringe und vorübergehende klinische und biologische



Besserung; nur intravenöse Trockenplasmaperfusionen vermochten die Wassersucht zu erzwingen, nicht aber die Stoffwechselstörungen einzuhalten.

SUMMARY. The author presents an observation of nephritis-nephrosis which occurred in a Tunisian patient after a primary attack of Plasmod Vivax-malaria. The evolution got through two successive stages of each five months : the first with a complete nephrotic syndrom which formed itself within few weeks without functional renal insufficiency but with hematuria and cylindruria, the second with a more dissociated nephrotic syndrom and with progressive and unreversible development of an azotemic subacute nephritis. Clinical and biochemical particularities of this case are studied in their succession and with respect to the treatments. A.C.T.H. and thyroxine were inefficacious and hydrocortisone brought a little and transient improvement of clinical and biological abnormalities; only intravenous perfusions of dried plasma were able to drain the anasarca but not to stamp out the metabolic disturbances.

#### REFERENCES

1. ABDALLAH TAÏEB : La néphrite palustre chez le Musulman tunisien. Thèse Méd. Paris 1937.
2. AMOROS F. : Contribution à l'étude des troubles rénaux du paludisme aigu. Thèse Méd. Alger, 1941.
3. ATKINSON : Mal de Bright d'origine malarique; Am. J. of med., 1884 (cit. Olivier-Faucher).
4. BENHAMOU E. et Mlle MARILL : Paludisme à Pl. Malariae et néphrite quartane; Algérie Méd., 1938, 157-159, Nr. 123.
5. CAMELIN A., GARNUNG et FORESTIER : Action favorable immédiate des injections de plasma sur l'anasarque et les troubles humoraux d'une néphrose lipoïdique; Lyon Méd., 1947, Nr. 17, 283-291.
6. CAMELIN A., GUIBERT, VERRIER et Mme AMOUR : Essai sur un traitement de la néphrose lipoïdique par les injections de plasma succédant au régime des crudités; Lyon Méd., 1949, Nr. 22, 341-346.
7. CARLI G. : L'électrophorèse du sérum en clinique; Conc. Méd., 1955, 77, 3591-3603.
8. CORCOS A. et CITTANOVA A. : Néphrites palustres; Bull. Soc. Path. Exot., 1951, 44, 736-738.
- 8a COUMEL H., J. FEROLDI, A. CAMELIN et P. ACCOYER : Considérations cliniques et anatomopathologiques au sujet d'une néphrose lipoïdique suivie pendant sept ans; Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1951, 67, 947-955, et Presse Méd., 1951, 59, 829-830.

9. DEBRÉ R., J. MARIE et GOIFFON : Néphrose lipoïdique avec diabète sucré; Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 23-5-1930, 924 (cit. P. Picard).
10. D'ENGEL : Sur la néphrite du paludisme. 2<sup>e</sup> Congrès Internat. du Paludisme, Alger, 1930.
11. DEROT M. et G. LAGRUE : Le problème de la néphrose lipoïdique; néphrose lipoïdique ou syndrome néphrotique; France méd., 1955, 18, Nr. 7-8, 31-42.
12. DUFOURT A. et DESBOS : Sur un cas de néphrose lipoïdique; Lyon méd., 31-8-1930, Nr. 35.
13. FABRY A., J. GUILLERM et Ch. RAGIOT : Néphrose et parapatudisme; Bull. Soc. Path. Exot., 1937, 30, 90-98.
14. HAMBURGER J. et G. MATHE : Métabolisme de l'eau. Ed. méd. Flammarion, 1952.
15. KIENER : Sur le rein palustre; C.-R. Soc. Biol., 15-7-1877.
16. MENENDEZ Pedro : Nefrosis lipoïdicas; Arch. del Hosp. Rosales, 1939, 31, 2.
17. MERLE : Contribution à l'étude de l'étiologie et de la thérapeutique de la néphrose lipoïdique en Indochine; Thèse Méd. Lyon, 1947.
18. OLIVIER-FAUCHER M. : Néphroses et néphrites palustres. Thèse Méd. Alger, 1932.
19. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, D. LAUDAT, J. LEMANT et R. WOLFROMM : Néphrose lipoïdique avec néphrite associée précocement. Importance du diagnostic et du traitement; Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1943, 35, 259-262.
20. PICARD P. : Néphrose lipoïdique et syndromes néphrosiques. Essai de classification anatomoclinique des néphropathies avec lipidose rénale. Thèse Méd. Lyon, 1952.
21. PORTIER A. et L. VOLLENWEIDER : Néphrose lipoïdique et crises douloureuses abdominales aiguës; Algérie Méd., 1949, Nr. 8, 325-329.
22. RATHÉRY F. et P. FROMENT : Trois cas de néphrose lipoïdique vraie; Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1938, Nr. 16, 741 (cit. P. Picard).
23. RAVAUULT P., A. CAMELIN et PONT : Néphropathie palustre; Lyon Méd., 1949, 81, 49-53.
24. SARROUY Ch., Cl. BOULARD, A. PORTIER et J. MASSONAT : Les néphrites palustres; Sem. Hôp. Paris, 1951, 27, 1173-1186.
25. SARROUY Ch., P. COMBE et R. PROST : Néphrite avec syndrome protidique chez un paludéen; Algérie Méd., 1942, Nr. 156, 192-194.
26. SARROUY Ch. et A. PORTIER : Néphrose lipoïdique et paludisme; Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1939, Nr. 11, 561-565.
27. VEYRE P. et MERLE : Six cas de néphrose lipoïdique traités par les injections intraveineuses d'acide chlorhydrique dilué et tamponné; Lyon Méd., 1947, Nr. 21, 349-353.



**Nouvelle forme**  
**Dragées**

**sans goût, sans odeur**

# SULFARLEM-CHOLINE

CHOLÉRÉTIQUE LIPOTROPE

**S O U F R É**

MÉDICATION TOTALE  
ASSIMILABLE  
DE LA CELLULE HÉPATIQUE

2 à 4 dragées avant chaque repas

FORMULE: Trithioparaméthoxyphénylpropène 0,005 g  
Bitartrate de choline ..... 0,30 g  
pour une dragée.

Boîte de 60

**LATÉMA**

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE, PARIS 8<sup>e</sup>

REPRÉSENTANTS AUX COLONIES

ALGÉRIE: Société PELASMEX, 8, rue Ampère,  
ALGER

MAROC: P. PELISSARD, 15, rue Dumont-  
d'Urville, CASABLANCA

TUNISIE: Agence Pharmaceutique Française,  
8, passage du 7-Mai, TUNIS

INDOCHINE: Comptoir Pharmaceutique d'Ex-  
trême-Orient, 34, Bd Charner, SAIGON

MADAGASCAR: Office Pharmaceutique Malgache, Behoririka, TANANARIVE

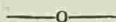
A. HANVEY



## A PROPOS DE L'ALLERGIE

## Quelques remarques sur son métabolisme hydro-carboné

par Maurice COHEN



Les manifestations cliniques d'origine allergique paraissent de plus en plus fréquentes, elles représentent une assez forte proportion des cas de pratique quotidienne. Ainsi, parmi nos malades ambulatoires nous avons trouvé une proportion de 7,5 %, la valeur de ce chiffre bien que relative, peut permettre de donner un ordre de grandeur.

Au point de vue pathogénique, on s'est arrêté au schéma simpliste suivant : l'accident allergique correspond à une décharge d'histamine dans l'organisme ou d'une substance voisine, ce qui entraîne une conclusion thérapeutique, l'emploi d'anti-histaminiques de synthèse en attendant de supprimer la cause de cet accident. Cette position bien que simpliste a l'avantage de la clarté et de l'épreuve thérapeutique. Nous voudrions cependant verser quelques réflexions au dossier de ce vaste débat.

L'histamine libre entraîne des modifications métaboliques ainsi qu'en témoignent les faits suivants :

1° Si l'on perfuse un foie isolé de chien comme l'ont fait GOLDNER et JAUREGUI (1, 2) et que dans le liquide de perfusion on fasse passer de l'adrénaline, de l'histamine ou un antihistaminique (dans ces expériences, ils utilisèrent l'antistine), on constate que histamine et adrénaline augmentent le taux de glucose dans la préparation efférente, donc ils activent la glycogénolyse hépatique; l'antistine, au contraire inhibe cette dernière.

2° Certains antihistaminiques, comme l'ont montré KOMRAD et LOEW (3) ont une action empêchante sur l'hyperglycémie adrénalinique et agissent sur la glycogénolyse hépatique.

Nous voyons donc et c'est là un fait important que nous voudrions souligner tout de suite, un acide aminé agir comme une hormone, mais également les antihistaminiques inhérent une action hormonale, c'est là un fait nouveau qu'il convient de souligner.

Il existe des modifications des constantes humorales chez les allergiques :

C'est ainsi que LABORIE et UKRAINCZYK-LABORIE (4) ont cru pouvoir décrire un syndrome humoral chez les allergiques qui consiste en :

Lipasémie abaissée, Hypoglycémie, Hypercholestérolémie. Ces au-

teurs vont même jusqu'à considérer que ce syndrome serait le pendant inverse, mais peu éloigné du diabète.

Nous avons étudié le problème sous l'angle inverse à savoir les perturbations du métabolisme hydro-acarboné chez l'allergique d'une part et d'autre part les troubles allergiques chez le diabétique.

#### A. MODIFICATIONS DE LA GLYCEMIE CHEZ L'ALLERGIQUE

Il convient de faire une différence entre la crise allergique et l'état allergique incipient. Chez les allergiques on constate en général une tendance nette à l'hypoglycémie ainsi qu'en témoignent les faits suivants :

— La glycémie est en général basse. Ainsi LABORIE et UKRAINCZYK-LABORIE ont dosé la glycémie chez 197 sujets. Ils trouvent dans 195 cas une glycémie aux alentours de 0,80. Dans deux cas elle fut à 1 gr 50 et 1 gr 12.

— L'épreuve d'hyperglycémie provoquée donne une flèche moins haute que chez le sujet normal. C'est ce qu'ont constaté WILMER, MILLER et BEADWOOD au cours de 10 épreuves pratiquées chez des allergiques. Un travail plus précis a été rapporté par BULATOV (5). Cet auteur a étudié l'épreuve d'hyperglycémie provoquée chez l'asthmatique. Les courbes d'hyperglycémie donnent trois réponses types :

1<sup>er</sup> cas : Allergie infectieuse spécifique ou première étape : Le glucose augmente lentement à la première heure, commence à baisser et revient à la normale à la troisième heure.

2<sup>e</sup> cas : Para-allergie. - Sujet devenant sensible aux protéines non spécifiques : les courbes d'hyperglycémie sont normales sans tendances à l'hyperglycémie.

3<sup>e</sup> cas : Asthme compliqué (Bronchite chronique, insuffisance du cœur droit), la courbe est à deux sommets.

Ce travail confirme chez l'allergique une tendance à l'hypoglycémie tout au moins dans une première phase.

Il convient donc d'étudier le problème sous son angle inverse :

L'allergie chez le diabétique :

Sur ce problème nous ne étendrons pas longtemps, nous renvoyons à l'étude détaillée qui va paraître incessamment dans le journal « Le Diabète » que nous avons faite (6). Nous nous contenterons de donner les conclusions de cette étude :

En général le diabétique ne fait pas d'accident allergique. Ainsi dans notre statistique personnelle qui portait sur 275 cas nous n'avons trouvé que 4 cas d'accidents allergiques ce qui représente une proportion de 0,75 % soit dix fois moins forte que celle que nous avons trouvée sur notre clientèle ambulatoire (et ce chiffre bien que n'ayant qu'une valeur relative sert d'appréciation car les deux chiffres se sont ren-

contrés dans un même milieu). Ces 4 cas de diabétiques allergiques ont fait leurs accidents alors qu'ils étaient normo-glycémiques. Certes ce n'est pas là une règle absolue ainsi on peut rencontrer une hyperglycémie chez un diabétique allergique, ainsi nous vous rapporterons tout à l'heure une observation, mais c'est là un problème à part que nous discuterons. Dans notre première série qui nous a servi à faire le travail déjà cité, tous ont été normoglycémiques au moment de leur accident. Le détail des observations a déjà été donné, mais nous ne vous rapporterons que l'observation privilégiée et démonstrative suivante :

M. F..., Gaëtan, Boucher. Est diabétique depuis 1952 date de la découverte de son diabète, il avait alors 46 ans

De 1949 à 1951, il a souffert d'œdème de quincke qui lui déformait la face et les membres. De nombreux traitements désensibilisants ont été tenté sans donner de résultats pendant deux ans.

En octobre 1951 l'œdème disparaît sous l'influence d'un traitement banal. En janvier 1952, soit trois mois après, on découvre le diabète. C'est alors que nous le voyons. Sous l'influence d'un traitement exclusif la glycémie tombe à 1 gr 08. Il reçoit alors une série d'extraits placentaires prescrits par un ophthalmologiste. L'œdème de quincke réapparaît. Le malade alors abandonne tout régime pendant six mois et refuse de suivre tout traitement, l'œdème disparaît, il ne se plaint d'aucun trouble.

En juin 1953, il présente une infection, la glycosurie est à 59 gr par litre et immédiatement il est mis à l'insuline ordinaire et nous voyons le 10 juin sa glycémie tomber à 1 gr 07, sa glycosurie disparaître, son urée à 0,25. L'œdème de la face réapparaît.

Le 30 juin 1953, quand nous le revoyons, il a cessé spontanément ses injections d'insuline, l'œdème a disparu. Le 9 juillet 1953, il est mis sur sa demande à la cure libre et malgré sa sensibilisation nous le mettons à la protamine zinc. Il est resté hyperglycémique, glycosurique et jusqu'à ce jour (novembre 1955, nous l'avons vu hier), il n'a plus représenté d'œdème de quincke.

C'est là une observaion démonstrative, la plus typique que nous ayons eu et c'est pourquoi nous vous la rapportons. Nos trois autres observations sont moins typiques, mais tout aussi démonstratives.

Au point de vue expérimental, nous avons pu confirmer le fait : dans une série d'expériences effectuées au Laboratoire de Physiologie sous la direction de notre maître le Dr UZAN, nous avons constaté que le choc histaminique était moins intense à dose égale chez l'animal alloxanisé que chez le témoin, que ce choc, d'autre part, était aggravé par injection d'insuline et diminué par injection de sérum glucosé. Ces expériences furent faites chez le rat et le cobaye. Mais notre expérience la plus démonstrative fut faite sur le lapin, elle mériterait confirmation sur un grand nombre d'animaux. On prend deux lapins à qui on



fait une injection préparante de sérum de bœuf. Trois heures avant l'injection déclenchante, un des lapins est rendu diabétique par injection d'une dose massive (100 mgr par kg, par voie intra-veineuse) d'alloxane. Puis on injecte le sérum de bœuf par voie intra-veineuse. Résultat : Le lapin diabétique supporte très bien le choc anaphylactique alors que l'autre lapin meurt au bout de quelques heures.

Il nous semble à la suite de cette étude que l'on puisse conclure qu'il existe un certain antagonisme entre choc allergique et hyperglycémie. Cet antagonisme d'ailleurs, pourrait trouver une confirmation en quelque sorte par l'épreuve thérapeutique.

Quels sont en effet nos moyens de lutte contre l'allergie ?

1° Empêcher l'action toxique de l'histamine par les antihistamiques;

2° Empêcher l'accident allergique par désensibilisation;

3° Employer certaines drogues dont les plus couramment employées sont : l'adrénaline dont un des effets est d'accélérer la glyco-génolyse hépatique, administrer de l'A.C.T.H. et de la Cortisone qui libèrent la néo-glycogénèse. A ce propos nous faisons remarquer que le sérum de rat ayant reçu beaucoup de cortisone augmente l'action biologique de l'histamine, ce fait se trouve en pathologie humaine chez certains allergiques (PARROT et LABORDE), soit même et c'est là une thérapeutique qui a été proposée, donner du sucre. En somme tout se passe et c'est là une hypothèse que nous avons comme si l'allergie, au cours de sa crise avait un besoin intense d'hydrate de carbone, l'histamine intervenant entre autres pour parer à ce besoin en favorisant la glycogénolyse hépatique.

\*  
\* \* \*

Nous voudrions examiner le problème maintenant sous un autre aspect. Quelles sont les variations de la glycémie au cours du syndrome général d'adaptation ?

Voici ce qu'écrit SELYE (7).

« Le sucre sanguin augmente immédiatement après une exposition à un stimuli d'alarme (hyperglycémie d'urgence). Cette augmentation peut être encore mise en évidence pendant l'acmé de la phase de shock, surtout si la réaction est produite par des interventions abdominales. Plus tard, cependant le taux du sucre diminue, souvent de façon considérable et une franche hypoglycémie peut s'établir, surtout chez les animaux à jeun. Par suite du développement de phénomènes de contre shock, le sucre sanguin s'élève à nouveau et peut atteindre un niveau hyperglycémique, même si aucune nourriture n'est administrée ».

En somme il y a trois phases, une première très courte d'hyperglycémie une d'hypoglycémie et une d'hyperglycémie quand s'installe la phase de résistance. Il existe des variations dans ce schéma, ainsi chez

# ANTIBIOTHÉRAPIE *des* MALADIES INFECTIEUSES

**TRAITEMENT D'ATTAQUE**

**PUISSANT ET RAPIDE**  
**DIDROMYCINE-BIPÉNICILLINE**

**MARQUE  
DÉPOSÉE**

*Synergie antibiotique associant:*  
DIHYDROSTREPTOMYCINE (0g50) et PÉNICILLINE (500.000 U.I.)

**TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE**

*à ACTION PROLONGÉE*  
**EXTENCILLINE-BIPÉNICILLINE**

1.200.000 U.I. de PÉNICILLINE  
*donnant une pénicillinémie utile  
pouvant atteindre*

**DEUX SEMAINES**

**SPECIA** - SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE marques RHÔNE-POULENC  
INFORMATION MÉDICALE - 28, cours Albert 1<sup>er</sup> - PARIS 8<sup>e</sup> - TÉL. BALZAC 10-70

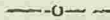
l'animal surrenalectomisé, la phase hyperglycémique ne se produit pas tandis que la phase hypoglycémique est particulièrement marquée. Cette hyperglycémie initiale pourrait donc être due à une décharge d'adrénaline, mais il se pourrait aussi qu'au cours du shock le besoin immédiat soit un besoin intense de glucose et l'histamine chez un sujet dont la glycémie initiale est basse interviendrait comme voie de secours pour favoriser la glycogénolyse.

Certes ce n'est là qu'une hypothèse. Mais cette variation dans la glycémie pourrait expliquer, les rares cas de diabétiques chez qui on trouve une hyperglycémie au cours d'un accident allergique. Il semble que dans ces cas on assiste à une variation rapide de la glycémie et tout dépendrait du stade au cours duquel le dosage est fait ainsi que pourrait en témoigner l'observation suivante.

M. S... n'a jamais eu de glycosurie ni d'hyperglycémie, nous le voyons récemment pour un œdème de la face eczématisé. La glycémie est alors faite par M. SITBON qui trouve le taux énorme de 2 gr 98. Le soir même on ramasse les urines et le lendemain matin la glycosurie est négative. Une nouvelle glycémie est effectuée le surlendemain sans que l'on change rien au traitement ou au régime. La glycémie est à 1 gr 50.

Il existe donc au cours du shock allergique des variations énormes du taux d'hydrates de carbone.

Il nous semble que l'on puisse faire un rapprochement entre les stress et le choc allergique tout au moins sur les variations de la glycémie et c'est ce rapprochement que nous voudrions suggérer en terminant



### Bibliographie

1. R. H. JAUREGUI et M. C. GOLDNER : Proc. Soc. Exp. Méd. 25, p. 347, 349 (1949).
2. M. C. GOLDNER et R. H. JAUREGUI : Am. J. oi Digest. Dea. T. 21, n° 6, juin 1954, p. 160-163.
3. KOMRAD et LOEW-J. : Pharmacol. 103, 2, p. 115-122.
4. F. UKRAINCZYK-LABORIE et R. LABORIE : Sem. Hôp. Paris, n° 25, 14 avril 1954, p. 1565.
5. P. K. BULATOV-KLIN : Med. (U.R.S.S.) 31, n° 1, 91, 1953.
6. COHEN : Le diabète, n° 6, novembre 1955.
7. H. SELYE : Annales d'endocrinologie, T. 7, n° 5-6, 1948.



## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 9 DECEMBRE 1955

*Présentation d'amputés avec prothèse à adhérence physiologique*  
par M. F. SIMON.

*Communications :*

*Maladie de Bouillaud à forme dysentérique,*  
par M. A. NAHUM.

*Premiers résultats de la thérapeutique par la Métacortandracine,*  
par M. S. BENMUSSA.

*Nos trois premiers cas de Commissurotomie pour rétrécissement mitral,*  
par MM. R. KOSKAS et S. PIÉTRI.

*L'ouverture des cavités cardiaques sous hibernation (Etude Expérimentale),*  
par MM. R. KOSKAS et S. PIÉTRI.

*Anévrisme cardiaque pariétal calcifié,*  
par M. A. CALO.

## OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

**FICARMONE**

INJECTABLE

5-10 ET 25 AMPOULES

**FICARMONE**  
"crudum"

BUVABLE

6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM<sup>3</sup>

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS



TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

# MIMÉTON

AU SULFOGAÏACOL



sirop

## Toux

**AFFECTIONS PULMONAIRES  
CHRONIQUES**

- Remboursé par la Sécurité Sociale
- Agréé par l'A. M. G. l'Article 64, les Hôpitaux, les Collectivités

*Sarbach*

CHATILLON-SUR-CHALARONNE (AIN) - TÉL. : 24 et 25

Pub. S. B.

*PHARMOFFICE* : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.

*Diffusion Pharmaceutique Marocaine* : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.

*SARRABIA* : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).

*BONNIOT* : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).

*GUICHON* : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).

*SO.A.C.I.A.* : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).

*LABOREX* : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).

*Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise* : Boîte postale N° 362 —  
FORT DE FRANCE (Martinique).

## Du nouveau dans la prothèse

par Frédéric SIMON

---

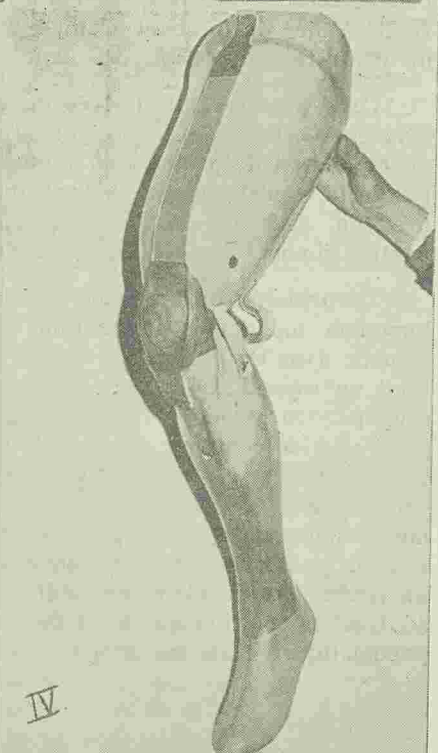
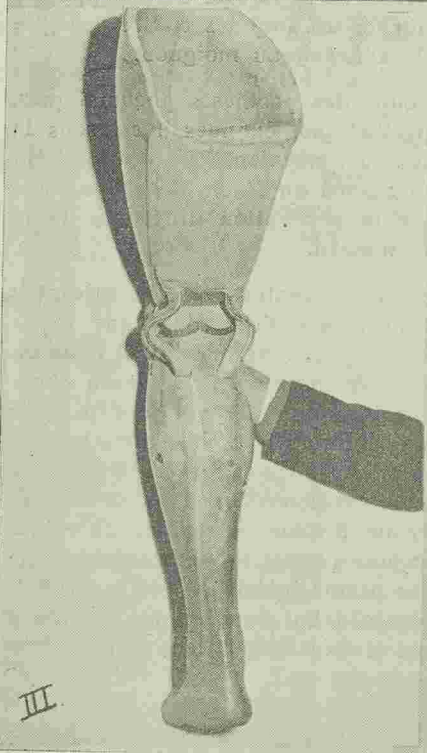
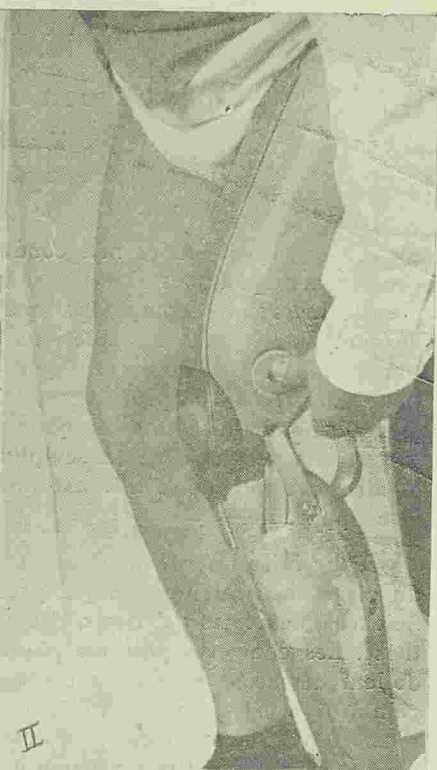
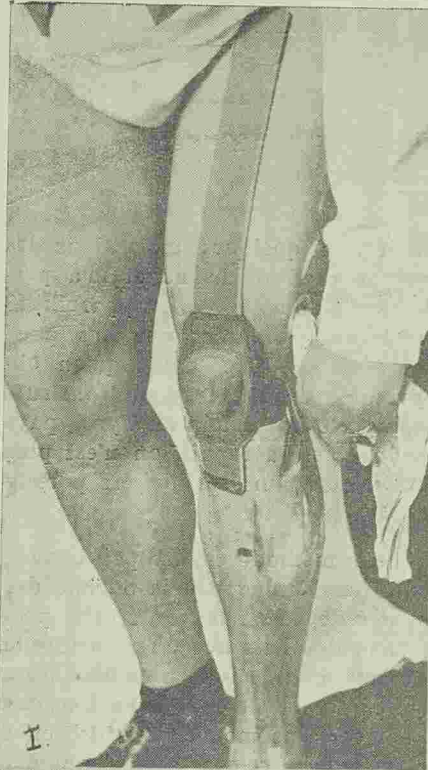
Un voyage d'études m'a conduit, il y a quelques mois, dans des centres orthopédiques d'Italie, d'Autriche et d'Allemagne et m'a permis de me rendre compte sur place de l'état actuel de l'appareillage des amputés. Parmi les solutions modernes proposées une m'a paru particulièrement intéressante par les résultats surprenants qu'on obtient. C'est la « Haftprothèse », la prothèse à adhérence du constructeur allemand FRITZ STRIEDE qui s'est installé à Kufstein au Tyrol, pays à tradition séculaire de la sculpture du bois. Sa réputation n'est plus à faire, car un public international se presse dans ses ateliers pour y être appareillé.

Pour faire une démonstration de cette méthode encore peu connue du corps médical tunisien j'ai présenté dernièrement, à la Société des Sciences Médicales de Tunis, des amputés de cuisse dotés de cette prothèse. Les confrères présents purent constater l'aisance quasi naturelle de leur démarche sans aucune suspension sous forme de bretelles ou de ceintures et la grande amplitude de leurs mouvements dans tous les sens. Ils couraient même et exécutaient certains mouvements difficiles comme celui de mettre un genou à terre et de se relever sans s'appuyer. Invité à ôter de force sa prothèse à un de ses amputés contre son gré, un confrère n'y parvint pas, tant elle adhérait au moignon.

Cette prothèse est dérivée du groupe des prothèses pneumatiques, dernières venues dans le domaine prothétique, connues aussi sous la dénomination de prothèses à ventouses ou à succion. Elle y appartient par le fait qu'elle garde au fond du cuissard un faible degré de sous-pression. Mais elle s'en distingue par la conception différente de la fixation du moignon à l'intérieur du cuissard.

Le principe de la jambe artificielle à ventouse est le suivant : lorsqu'un moignon d'amputation de la cuisse s'emboîte d'une façon étanche dans un cuissard fermé en bas et plus long que lui, il reste au fond un espace non occupé dont on peut chasser l'air à l'aide d'une soupape. On y obtient ainsi une sous-pression qui peut être poussée jusqu'au vide complet; elle suce le moignon vers le fond comme la ventouse thérapeutique aspire les tissus dans la cloche de verre. Pour rendre l'étanchéité plus sûre contre une intrusion d'air à l'occasion de mouvements brusques et pour ajouter un facteur mécanique de rétention on peut enserrer le moignon sur une partie de son contour dans un renflement circulaire en sablier des parois intérieures de la prothèse. C'est la solution qui avait été adoptée début de l'ère des prothèses pneumatiques. Mais les moignons ainsi traités réagissaient contre cette





entrave à leur circulation de retour, par de la cyanose, par des ulcérations torpides et des douleurs intolérables et on dut faire machine en arrière en diminuant l'étroussure du défilé de compression et en employant des degrés moindres d'aspiration. C'est de cette façon adoucie que l'immense majorité des amputés de cuisse est appareillée depuis des années en Allemagne, dans les pays anglo-saxons, en Italie et ailleurs.

STRIEDE est allé encore un pas plus loin. Il renonce totalement à l'anneau de striction et ne conserve qu'un degré minime de sous-pression. Le moignon tient essentiellement par la contraction active des muscles qui le coince contre les parois de la prothèse. Car une nouvelle notion est introduite : celle du sens musculaire. Il crée et entretient un rapport inexploité dans l'ancien système à suspension (et plutôt accessoire dans la prothèse à ventouse) entre le moignon, partie vivante du corps, et la prothèse inerte, prolongation du moignon en remplacement du membre perdu. La prothèse devient ainsi non pas un appendice suspendu au corps qui entre en rapport plus étroit seulement à la phase de charge, mais, collé au corps, presque un organe. Le moignon est introduit à l'état décontracté à l'aide d'un couvre-moignon qui le tire à frottement dur dans le cuissard par le trou de la soupape (fig. 1). Le moignon une fois en place le couvre-moignon est retiré par en bas et la soupape est remise en place (fig. 2).

La prothèse à adhérence selon STRIEDE se distingue par la robustesse et la simplicité de sa conception (fig. 3 et 4). Son emboîtement n'a rien de spécial en ce qui concerne l'assise sur l'ischion qu'elle partage avec toutes les prothèses pour amputation cuisse. Mais les parois antérieures et latérales sont menées assez en hauteur pour assurer une adhésion particulièrement étendue entre moignon et cuissard. Le genou se dit physiologique par son imitation assez poussée du genou humain. Il possède des condyles fémoraux de forme anatomique, tournant et glissant dans des excavations rappelant les plateaux tibiaux qui contiennent même des disques en cuir à la place des ménisques. Un revêtement de résine synthétique fait fonction de cartilage articulaire et amortirait selon le constructeur le choc au moment de la charge. Aucune ferrure ne relie fémur et tibia, mais un double jeu de courroies extrêmement solides en cuir chromés ou en nylon fait fonction de ligaments; les uns font la jointure entre les condyles et le tibia tout en assurant la stabilité latérale, les autres déterminent le degré d'extension. Ils sont facilement réglables par l'amputé même à l'aide de vis placées à l'extérieur du tibia. À la flexion l'axe frontal du genou ne reste pas immobile à sa place, mais se déplace par la forme anatomique des condyles selon la courbe physiologique. La jambe se raccourcit un peu à cette phase ce qui facilite le pas. En même temps un certain freinage se produit par frottement dans l'articulation; il empêche le genou de se dérober soudain à la manière d'un canif qui se ferme et

constitue un supplément appréciable de sécurité contre les chutes au moment précaire de l'appui sur le genou plié.

Ce freinage du genou est une préoccupation du constructeur moderne et beaucoup de solutions mécaniques y ont été apportées. J'ai vu un seul et même constructeur allemand de renom doter ses prothèses successivement de trois systèmes totalement différents l'un de l'autre pour obtenir cet effet (Bremsknie).

Le pied standard de cette prothèse est d'une grande simplicité. Il ne possède pas d'articulation à la cheville, mais forme bloc avec le mollet et tire toute sa souplesse pour le déroulement du pied au moment du pas de l'élasticité de la semelle et de la pointe en caoutchouc. Le seul mouvement se fait donc à la base des orteils et la position avancée de cette « articulation », bien en avant de celle du genou, donne une grande stabilité statique. La même vis qui règle la tension de la courroie postérieure et par là le degré d'extension du genou détermine aussi le degré d'équinisme du pied.

Quels sont les avantages du nouveau principe sur l'ancien mode d'appareillage ? Avant tout la suppression totale de tout système de suspension sous forme de bretelles et de ceintures et par conséquent une grande liberté de mouvements dans tous les sens. Ensuite une sensation inconnue de légèreté. A poids égal l'amputé sent sa prothèse plus légère que celle à suspension. Ceci fait perdre un peu de son importance au souci de la légèreté qui hantait les constructeurs avant l'apparition de ces nouvelles prothèses et avait fait adopter par beaucoup d'entre eux des matériaux nouveaux comme le métal léger, la fibre et les matières plastiques. La prothèse pneumatique sous toutes ses variantes par contre ne se fait qu'en bois léger, seul matériel jusqu'alors permettant de faire facilement les retouches nécessaires. Enfin l'amputé a la sensation euphorique d'une prothèse faisant partie intégrante de son corps. Son moignon n'est plus l'appendice atrophié et à vie réduite d'autrefois, passivement suspendu au creux du cuissard. C'est lui qui dirige la prothèse en maître en lui donnant toute les impulsions motrices. Il se développe par son activité incessante et est de ce fait bien vascularisé. Des amputés m'ont raconté que leurs moignons s'étaient non seulement développés en largeur, mais aussi allongés.

Quels sont en contrepartie les inconvénients de la nouvelle méthode ? Ils sont mineurs par rapport aux avantages. On n'a qu'à demander leur avis aux porteurs de ces prothèses qui ne veulent plus entendre parler de la prothèse à suspension. Un de ces inconvénients est la plus forte transpiration qui pourrait être particulièrement gênante dans un climat comme celui de la Tunisie, surtout en été. Mais un sachet ou une pastille de gel de silice ou d'une autre substance hygroscopique déposé au fond du cuissard suffirait, aux dires de certains amputés vivant ici, pour pallier à cette gêne. Il se produit en outre parfois, sur-



**Thérapeutique Vaso - constrictive  
des Troubles circulatoires  
veineux des deux sexes**

# FLUXINE "P"

**3 Formes**

**GOUTTES - DRAGÉES - SUPPOSITOIRES**

## COMPOSITION

INTRAIT DE MARRON D'INDE DAUSSE, TITRE EN  
AESCULOSIDE (Vitamine P) — ALCOOLATURE D'ANÉ-  
MONE PULSATILLE (plante fraîche) — NOIX VOMIQUE...

## INDICATIONS

Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites) —  
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée,  
Dysménorrhée) — Troubles Circulatoires de la Ménopause.  
Manifestations de la fragilité capillaire (engelures, acro-  
cyanose...)

## POSOLOGIE

X Gouttes (ou 1 dragée) 3 fois par jour.

Gas douloureux : 100 à 300 gouttes

1 Suppositoire le soir - Gas aigus : 3 suppos. par 24 h.

**PRODUITS BONTHOUX**  
**VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)**

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8 Passage du 7 Mai - TUNIS

tout au début, lorsque l'amputé n'est pas encore familiarisé avec sa prothèse, un bruit fort inconvenant à l'occasion de mouvements brusques (monter en voiture ou en descendre, s'asseoir ou se lever) et qui est dû à des entrées d'air par défaut d'adhésion. En général l'amputé apprend vite avec le maniement de sa prothèse à éviter cet embarras en faisant jouer au besoin sa valve.

L'obstacle majeur à la généralisation de la méthode réside sans doute dans la difficulté de construction et d'adaptation. Car, pour que la méthode rende, deux conditions doivent être remplies : un emboîtement parfait par ajustage minutieux du cuissard au relief du moignon et l'initiation patiente de l'amputé au maniement de sa jambe artificielle qui tient presque uniquement par la contraction musculaire. J'ai passé quelque temps dans les ateliers du constructeur à Kufstein. La prothèse naît de la collaboration intime entre l'orthopédiste et l'amputé. Les clients passent en moyenne quinze jours à trois semaines du matin au soir dans les couloirs d'essayage, se promenant de long en large et indiquant à l'ouvrier où le bois leur fait mal. Ils voient ainsi surgir peu à peu du bloc grossièrement préformé leur jambe définitive. Car il ne faut pas trop se hâter : lorsqu'on a trop creusé, le cuissard devenu trop large est inutilisable. On a le choix : le refaire à nouveau ou le scier pour le recoller ensuite après avoir enlevé ce qu'il y avait de trop, opération délicate. On emploie il est vrai, maintenant des colles à base de caséine ou de matières synthétiques dont le pouvoir collant dépasse de loin celui des meilleures colles de poisson utilisées auparavant. Elles permettent de faire couramment des assemblages de plaques superposées au lieu de creuser des troncs d'arbres entiers pour y loger les moignons. Ces assemblages de plaques se sont avérés même plus résistants à l'issue et en cas d'accident, à cause de l'orientation divergente des fibres de bois qui s'oppose à des fissurations étendues.

Les indications de ce nouveau principe sont très larges. J'ai vu appareiller avec succès des moignons même très courts. Mais pour permettre au constructeur d'appareiller dans les meilleures conditions il faudrait lui fournir autant que possible des moignons bien étoffés et de longueur suffisante, jusqu'aux deux tiers de la longueur initiale, ce qui permet une bonne tenue et adhésion et laisse assez d'espace pour la chambre à vide du fond et pour l'articulation du genou. Par extension on applique la nouvelle méthode, créée essentiellement pour l'amputation de cuisse, aussi aux jambes tibiales et aux membres supérieurs, mais cet emploi n'est pas encore aussi généralisé.

Le principe de la jambe à ventouse est connu depuis longtemps et fait déjà l'objet d'un brevet américain depuis 1863, mais son application n'avait jamais dépassé le stade expérimental. C'est seulement pen-

dant la dernière guerre que les Allemands l'employèrent sur une vaste échelle comme appareillage de leurs victimes de guerre au point que la jambe à ventouse appareillée aujourd'hui la presque totalité des amputés allemands. L'Amérique, l'Angleterre et l'Italie les ont suivis. Ce n'est qu'en France que l'on a tardé à l'adopter. Mais dernièrement une grande firme métropolitaine a acquis le brevet de STRIEDE, c'est-à-dire la prothèse à adhérence, pour vulgariser la méthode en France. Il existe aussi un centre à Alger où cette méthode est appliquée.

Ce nouveau principe tend à supplanter partout l'ancienne méthode à suspension qui ne vivra finalement que des rares centre-indications (d'ordre surtout cutané). Il a soulevé dans le champs des amputés une vague d'optimisme qui contraste heureusement avec la résignation qui y régnait jusqu'alors. J'étais frappé de voir, à quel point les amputés étaient, dans leur ensemble, transformés et comme galvanisés par leur appareillage et quel effet bienfaisant la nouvelle prothèse avait sur leur moral. La marche se fait d'office et d'emblée à genou mobile et l'on n'y voit pas l'image, qui nous est familière, de l'amputé qui marche toujours le genou raide pour le déverrouiller seulement au moment de s'asseoir; la prothèse à adhérence n'a même pas de verrou. Les amputés sont si convaincus de la supériorité de leur prothèse qu'ils s'en font les missionnaires et abordent souvent leurs compagnons d'infortune dans la rue pour les persuader des avantages du nouvel appareillage. Ce prosélytisme en dit long sur leur appréciation du nouveau système.

Mais on ne le répètera jamais trop : La prothèse à adhérence exige aussi bien pendant sa fabrication qu'au cours de son adaptation fonctionnelle une bonne dose de volonté, d'énergie et de patience. Nous avons déjà vu appareiller plusieurs cas avec succès par cette méthode à Tunis même. Il est donc possible de construire de tels prothèses sur place et d'éviter ainsi de longs voyages aux amputés. Vu son intérêt social certain, il serait souhaitable que cette méthode perfectionnée, susceptible de rendre la joie de vivre aux amputés, ne reste plus un procédé d'exception à l'usage de quelques initiés, mais devienne comme ailleurs la prothèse de tout le monde.

# BOROSTYROL

SOLUTÉ ALCOOLIQUE - POMMADE - HUILE - OVULES

**TOUTES BRULURES - PLAIES ATONES**

Crevasses des Seins - Erythèmes des Bébés - Prurits - Pansements Gynécologiques

Laboratoires MAYOLY-SPINDLER

R. C. S. et C. 50.985 B

14, Avenue des Châteaupieds, RUEIL-MALMAISON, (Seine et Oise)

Téléph. MAL. 06-87



HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
" ROCHE "

9 = 1  
*vitamines* *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).*

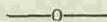
*Au delà de 2 ans : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.*

Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).

PRODUITS " ROCHE " S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4<sup>e</sup>

## Maladie de Bouillaud à forme dysentérique

par André NAHUM



Les formes atypiques de la Maladie de Bouillaud sont classiques, mais elles présentent souvent de grandes difficultés de diagnostic, surtout lorsque la symptomatologie reste longtemps abdominale, comme ce fut le cas pour la malade objet de cette présentation.

### OBSERVATION

La petite B., âgée de 9 ans, a été vue le 31 octobre dernier pour un syndrome abdominal aigu fébrile évoluant depuis 15 jours.

La maladie avait débuté par une angine rouge avec élévation brusque de la température à 39°, et au décours de cette angine, alors que l'on croyait l'enfant en voie de guérison, apparurent des douleurs abdominales extrêmement vives, avec reprise de la fièvre, et diarrhée profuse.

Ce syndrome n'avait nullement été influencé par le chloramphénicol, et il s'y était ajouté de plus des vomissements.

Lorsque nous sommes amenés à voir cette fillette, nous sommes frappés par la pâleur et l'aspect asthénisé, avec une température à 40°, des selles très nombreuses, 7 à 8 par jour, liquides, glaireuses. La moindre absorption d'aliments provoque un vomissement immédiat.

Le ventre est difficile à examiner, car douloureux dans son ensemble, il n'y a pas de contracture, mais une vague défense. Deux zones sont particulièrement sensibles : la fosse iliaque et l'hypochondre gauches.

**L'hémogramme** immédiatement pratiqué, ne montre pas d'anémie, 13.000 globules blancs, avec une polynucléose à 88 %.

**Le séro-diagnostic est négatif.**

**La cuti-réaction à la tuberculine est également négative.**

**Dans les urines**, présence de 0,05 gr d'albumine et de quelques hématies et cellules épithéliales.

On remplace le Chloramphénicol par la **Terramycine**, à raison de 1,50 gr par jour.

Les douleurs persistent, mais changent de siège, prédominant à droite. Le Dr Koskas est alors appelé en consultation, et élimine formellement un diagnostic chirurgical.

Le traitement est complété par des ferments lactiques, des vitamines B, du Bacille subtilis, et l'application d'une vessie de glace sur le ventre.

Deux jours plus tard, la diarrhée diminue, puis s'arrête, les dou-

leurs abdominales commencent à s'estomper, mais la température est toujours à 40°.

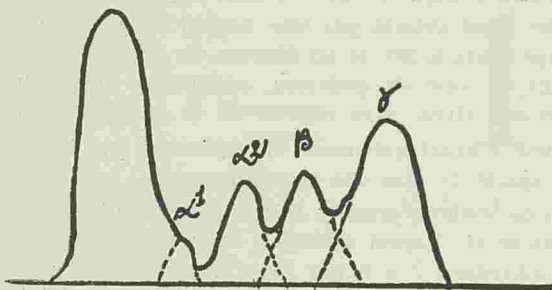
Brusquement au 18<sup>e</sup> jour de la maladie, apparaissent des douleurs articulaires très vives, aux poignets, chevilles, genoux, rendant intolérable le poids des couvertures et faisant crier la petite malade.

On institue alors un traitement à la **Métacortandracine**.

Dès les premiers comprimés, le soir-même, les douleurs diminuent et la température baisse. Le lendemain elle est à 37° et l'enfant ne souffre plus ni de son ventre, ni de ses articulations.

Le 11 novembre, après 8 jours de Métacortandracine, l'enfant est toujours apyrétique, l'état général est excellent, il n'y a apparemment aucun signe cardiaque, mais la **vitesse de sédimentation** est à 68-105, donc très élevée.

Ce n'est qu'après 15 jours de cure et l'absorption de 300 milligrammes en tout de la drogue qu'elle revient à 15-30.



L'électrophorèse n'a pu être faite qu'à ce moment, donc en pleine convalescence. Elle révèle un abaissement de l'albumine à 30,70 % et une augmentation globale des globulines, prédominant surtout sur la fraction gamma, avec une augmentation discrète des alpha 2.

La fibrine, le même jour était à 4,07 gr par litre.

#### DISCUSSION DU DIAGNOSTIC

Voici un syndrome intestinal aigu, douloureux, fébrile, ayant débuté par une angine, rebelle au traitement habituel pendant 18 jours, donnant lieu à des manifestations articulaires, et guérissant immédiatement au Cortancyl.

**Deux diagnostics sont possibles** : il peut s'agir, soit d'un rhumatisme articulaire à forme dysentérique, soit d'un rhumatisme dysentérique, entrant dans le cadre du syndrome de Fiessinger Leroy ou du syndrome de Reiter.

Cette dernière hypothèse nous paraît être exclue par :

- le début par une angine;
- la résistance de cette « dysentérie » aux traitements habituels;



- l'accélération de la vitesse de sédimentation 8 jours après l'amélioration clinique;
- et bien qu'il ne s'agisse nullement d'une thérapeutique spécifique, il faut remarquer l'action spectaculaire du Cortancyl.

Les formes digestives de la Maladie de Bouillaud sont d'ailleurs classiques.

TROUSSEAU parlait déjà des formes péritonéales se manifestant par des douleurs abdominales à début brusque, mais de siège souvent imprécis, accompagnées de diarrhée, de vomissements et pouvant simuler une crise d'appendicite aiguë.

GRENET avait signalé les formes avec diarrhée.

HAYAT a rapporté il y a une vingtaine d'années une belle observation de R.A.A. à forme pseudo-appendiculaire.

Les auteurs modernes insistent de plus en plus sur ces formes atypiques et trompeuses de la Maladie de Bouillaud (RAYNAUD).

Dans un travail récent DEBRÉ et ses élèves insistent sur le nombre important de malades qui restent de longues semaines sans traitement adéquat, faute de diagnostic, car la maladie est loin de se manifester toujours comme une affection rhumatismale.

Et pourtant ce diagnostic doit toujours être fait, car nous disposons aujourd'hui d'armes efficaces.

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

8 gammas

Vitamine B<sub>12</sub>

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS



# Cortancyl

$\Delta$ 1-déhydrocortisone

*Puissante activité  
anti-inflammatoire  
et anti-rhumatismale*

*Pas de rétention hydrosodique*

**PRÉSENTATION :**

Tube de 30 comprimés  
dosés à 5 milligrammes

**TRAITEMENT D'ATTAQUE :** 30 mg par jour.

**CURE DE CONSOLIDATION :** 5 à 20 mg par jour.

## LES LABORATOIRES ROUSSEL

140<sup>bis</sup>, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)

**ALGER :** Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.

**TUNIS :** O.S.P, 10, rue Amilcar.

**CASABLANCA :** Sté Maroc des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.

**SAIGON :** Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.

**AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE :** Adresser les demandes aux  
Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)

## Premiers résultats de la thérapeutique par la métacortandrachine

par le Dr S. BENMUSSA

La corticothérapie vient de s'enrichir d'un nouveau stéroïde dérivé de la cortisone : la métacortandrachine.

Les laboratoires de E. U. ont pu mettre au point, ce produit de synthèse, qui est expérimenté en Amérique depuis un an et en France depuis environ six mois.

Il a suffi, pour les biochimistes Américains, d'une légère modification de la formule de la cortisone, par l'adjonction d'une double liaison entre les carbones 1 et 2 du *noyau* benzénique du squelette stéroïde, pour donner un produit, doué d'une activité 6 à 7 fois supérieure à la cortisone et 3 ou 4 fois supérieure à l'hydrocortisone.

Ce produit a été étudié, bien entendu, comme le fut la cortisone, sur ses effets sur les métabolismes électrolytiques. D'où il ressort une propriété essentielle, capitale, c'est l'absence de toute activité sur le métabolisme du sodium et par conséquent de l'eau.

Nous reviendrons après l'exposé de nos résultats thérapeutiques, sur les particularités biochimiques de la métacortandrachine.

Grâce à l'obligeance de la maison Roussel, nous avons pu être approvisionnés d'une quantité importante de M en même temps que les services parisiens spécialisés.

C'est ainsi que nous avons pu traiter avant que le produit soit mis en vente 13 malades atteints d'affections diverses :

- 3 maladies de BOULLAUD;
- 2 P. C. E.;
- 1 chorée aiguë;
- 1 S. A.;
- 1 monoarthrite aiguë;
- 1 Syndrome de REITER;
- 1 méningite tuberculeuse;
- 1 dystrophie oédémateuse;
- 2 états de mal asthmatique.

Voici les résumés des observations.

### I. R.A.A. :

*Obs. I.* — Abdellah... 27 ans.

R. A. A. rechute après traitement au salicylate de soude.

Cœur : léger souffle systolique de la pointe d'insuffisance mitrale.



V. S. à l'entrée de 25-50.

Reçoit 3 jours à 30 mmg par jour et 8 jours à 20 mmg.

Disparition rapide des douleurs, disparition du souffle.

V. S. à la sortie 8-10.

*Obs. II.* — La deuxième observation est intéressante du fait du début anormal de la maladie de Bouillaud.

## II. CARDIOPATHIE ET GLOMERULO-NEPHRITE DE FORME ŒDEMATEUSE ET AZOTÉMIE

Abdelkrim ben Amor, 12 ans.

Syndrome néphritique non fébrile d'origine indéterminée : œdèmes blancs des membres inférieurs, des lombes, de la paroi abdominale, de la face, urines diminuées, sales, contenant 2 gr d'albumine, des hématies, des cylindres granuleux.

Azotémie : 1 gr 21.

Par ailleurs, pâleur très marquée, déglobulisation : 2.230.000 GR et leucocytose avec polynucléose (13.120 et 77 %).

Un souffle systolique de la région précordiale est considéré, tout d'abord, comme d'origine anémique.

Traitement : Régime, pénicilline, phénergan, chlorure de calcium, extrait de foie, vit B12 et C.

Diminution des œdèmes, atténuation de la pâleur, mais déglobulisation encore importante (2.820.000).

Azotémie : 0,85.

Après 3 semaines, modification des signes d'auscultation, apparition d'un roulement diastolique TA = 10/5.

VS = 148/159. Fibrinémie = 3 gr 20. Electrophorèse : baisse de l'albumine, augmentation des alpha-globulines, très forte augmentation des gamma-globulines.

Dix jours plus tard, on peut affirmer la maladie mitrale par l'auscultation. Radiologiquement : saillie de l'arc moyen; Débord droit; Oreillette gauche dilatée donnant l'aspect de double contour.

VS = 121/145.

Azotémie : 0,56.

On fait absorber 4 comprimés de Cortancyl par jour du 20 au 26 octobre, puis 2 comprimés par jour jusqu'au 8 novembre.

Pas de modification de l'auscultation.

Azotémie : 0,42; Urines : traces d'albumine, cytologie normale le 9 novembre.

VS = 40/81, puis 40/81, puis 38/78 le 14 novembre.

*Conclusion* : Intérêt d'avoir la possibilité de traiter une cardiopathie chez un enfant atteint de glomérulo-néphrite œdémateuse et azo-

témique, en faisant pratiquement abstraction de la néphropathie. L'évolution favorable de cette dernière s'est poursuivie sans incident.

*Obs. III.* — La troisième observation est un véritable triomphe de la M. après une lutte épique contre la cardiopathie rhumatismale.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans qui nous est adressée avec une endocardite rhumatismale grave.

La malade avait eu 3 ans auparavant une première atteinte.

Nous la recevons après 10 jours d'évolution, avec une température à 40, une polypnée, des douleurs précordiales.

Au cœur : Un souffle systolique de la pointe irradiant vers l'aisselle.

Un souffle diastolique à la base.

Une tachycardie très importante et un frottement péricardique.

Aux poumons, des râles de congestion.

Le foie est augmenté de volume.

La diurèse est très diminuée.

Les examens de laboratoires sont les suivants :

V. S. 122-133;

Fibrinémie = 11,8;

Hémogramme = avec 12.000 G. B. et 72 % de poly.

Les hémocultures sur les milieux ordinaires et sur le milieu T sont négatives.

La malade est mise à la cortisone 200 mg par jour et à la pénicilline à raison de 5 millions par jour. La T. revient lentement à la normale, la vitesse de S. est à 36-70.

Cependant malgré un régime strictement déchloruré, nous assistons à une brusque remontée de la tension A. qui atteint 20 et demi 4.

Devant le danger nous sommes obligés d'interrompre le traitement par la cortisone. Immédiatement ou presque, comme prévu, apparaît une reprise évolutive d'une gravité extrême T. 41, dyspnée, V.S. 123-125.

Le traitement par le salicylate est absolument impossible et inopérant de toute façon avec les doses supportées par la malade.

Nous attendons une chute de la tension A. et nous reprenons le traitement par l'hydrocortisone à la dose de 60 mg par jour.

Nouvelle amélioration, nouvelle hausse de la T.A.

Interruption de la corticotérapie, nouvelle rechute.

C'est alors que nous recevons les échantillons de Cortancyl, que nous essayons immédiatement.

L'effet est quasi immédiat. La T. tombe à la normale. La V.S. est de 8-21. La T.A. n'a pas dépassé 15 à la Max. La min. est évidemment très abaissée à 4 de par la lésion aortique.

La malade a reçu 30 mg par jour pendant 20 jours et est actuellement à une dose d'entretien de 28 mg par jour.

Nouveau

# AMŒBAL

MERCAPTO-ARSENICAL

(ARSENIC ORGANIQUE TRIVALENT EN LIAISON CHIMIQUE AVEC SON ANTIDOTE LE B.A.L.)

*ce  
nouvel anti-amibien  
de toxicité infime*

RÉNOVE  
LA THÉRAPEUTIQUE DES FORMES  
SUBAIGUËS et CHRONIQUES

*Efficacité maximum  
en un temps minimum*

5



GÉLULES  
PAR JOUR

PENDANT

5

JOURS

chaque gélule  
contient 100 millig.  
d'AMŒBAL

TORAUDE

AMŒBAL

- ▶ s'administre à PETITES DOSES  
10 millig./K. par jour - MAXIMUM 500 millig. par 24 h.  
en une seule prise, le matin avant le petit déjeuner
- ▶ négative les selles en CINQ JOURS
- ▶ ne provoque pas de réactions secondaires
- ▶ présente un large éventail d'activités  
AMIBIASES SUBAIGUËS ou CHRONIQUES  
LAMBLIASES — BALANTIDIASES  
TRICHOMONASES INTESTINALES — PIAN



Elle garde évidemment sa lésion mitro-aortique, mais elle a repris une petite activité.

Cette observation est véritablement expérimentale. Elle démontre que l'on peut avoir les mêmes effets thérapeutiques de la cortisone, avec la M. sans les effets fâcheux de la rétention hydrique et de la Rausse de la T.A. qui peuvent paralyser un traitement par corticothérapie.

*Obs. IV.* — P. C. E. : 2 cas.

#### I

M. 22 ans. Début de la maladie il y a un an.

Forme clinique : atteinte inflammatoire des genoux, d'un coude et des poignets.

V. S. à l'entrée : 70-80.

Traitements antérieurs : sels d'or, n'ont donné qu'une amédioration légère; phényl-butazone, action transitoire.

Cortancyl : 4 jours à 30 mmg par jour; 11 jours à 20 mmg par jour.

Supression totale des douleurs, particulièrement d'une talalgie tenace.

V. S. : 7-10 à la sortie.

#### II

*Obs. V.* — A. 65 ans.

P. C. E. forme clinique ankylosante. A reçu 1,20 de sels d'or sans résultats.

Les douleurs sont vives aux petites articulations. La V. S. est de 55-85.

Cortancyl : 8 jours à 30 mmg, 8 jours à 20 mmg et 6 jours à 10 mmg.

Le malade ne souffre plus et sa V. S. est descendue à 12-30.

*Obs. VI.* — S. A. 1 cas.

H. 35 ans. Malade depuis plusieurs années; la colonne vertébrale, les hanches, les genoux sont ankylosés. Tentative de déblocage des genoux, afin de les plâtrer en de meilleures positions.

Echec des sels d'or, de la butazolidine, de la cortisone.

Essai de traitement intensif par la M.

Résultat : légère amélioration des douleurs, V. S. descend de 50-80 à 20-40.

Pour ces trois malades, les résultats n'ont pas été différents de ceux donnés par la cortisone. Le seul avantage est pour les malades qui ont été libérés du régime déchloruré.

Ajoutons que nous n'avons observé aucun incident, tel que oédè-

me, troubles digestifs ou hausse de la tension artérielle qui était surveillée journellement.

Voici maintenant 2 échecs complets :

I

*Obs. VII.* — Monoarthrite aiguë, fébrile et sans lésion cardiaque.

30 mmg par jour de M. n'ont modifié en rien la douleur, la température et les symptômes locaux. La pénicilline seule a guéri le malade.

II

*Obs. VIII.* — Syndrome de Reiter dont voici l'observation.

(Moktar b. Salah — 26 ans)

hospitalisé du 25-8-55 au 1-10-55

Le début remonte à 6 mois, marqué par des troubles digestifs et des douleurs rhumatismales (genou gauche, lombes, épaule droite). Deux mois après apparaît un écoulement urétral intermittent et dans les semaines qui suivent une conjonctivite bilatérale.

A son entrée à l'hôpital, l'intéressé ne présente plus de troubles digestifs, mais il se plaint d'arthralgies très vives; l'urétrite et la conjonctivite persistent.

— Un prélèvement urétral ne montre pas de germe.

— Un traitement pénicilline-dagénan est institué sans résultat.

Le diagnostic de syndrome de Reiter ayant été posé, le malade est mis au *métacortandracine* (20 mg par jour pendant 12 jours) avec régime libre.

*Résultat du traitement à la métacortandracine.*

— aucune action sur le triple syndrome  $\left\{ \begin{array}{l} \text{— arthralgie} \\ \text{— urétrite} \\ \text{— conjonctivite} \end{array} \right.$

— la médication fut bien supportée;

— la T. A. surveillée tous les 2 jours a varié entre 11 1/2 et 13 (12 à la fin du traitement).

Moktar est sorti sur sa demande alors qu'il était traité par le pyrocat depuis 5 jours.

*Conclusions*

Syndrome de Reiter probable non amélioré par une cure de 12 jours de métacortandracine (dose faible - 2 comprimés par jour), cette médication ayant été par ailleurs très bien supportée.

## I. — MENINGITE TUBERCULEUSE AVEC HYPERALBUMINORACHIE

Voici une observation de méningite tuberculeuse.

*Obs. IX.* — Nous avons adjoint dans le service depuis quelque temps la cortisone au traitement par les antibiotiques, particulièrement dans les cas où une albuminorachie importante, nous faisait craindre un cloisonnement qui aggraverait sérieusement le pronostic. Nous avons remplacé la cortisone par le cortancyl. Vous verrez dans l'observation, que les résultats ont été favorables.

Aïat ben Hedi, 7 ans, méningite au 13<sup>e</sup> jour d'évolution au moment de l'admission.

Signes méningés et signes encéphaliques (sommolence, convulsions, céphalée très intense, flou papillaire).

Eléments : 603,2.

Alb. : 1,44.

Glucose : 0,60.

Traitement général et local : strepto. PAS. INH.

Après 15 jours de traitement, amélioration clinique mais :  
*liquide xanthochromique.*

Eléments incomptables.

Alb. : 4,60.

Glucose : 0,40.

Arrêt des intra-rachidiennes.

Après une semaine, albuminorachie augmentée : 6,08 (7 octobre 1955).

Du 7 au 22 cortisone (150 mg pendant une semaine puis posologie dégressive jusqu'à 25 mg).

Le 18 octobre :

Eléments : 149

Alb : 1,76

Gl : 0,05

Le 24 octobre :

Eléments : 153

Alb : 1,02

Gl : 0,15.

Le 2 novembre, après l'interruption de la Cortisone, nouvelle augmentation de l'albuminorachie :

*Liquide xanthochromique*

Eléments : 263

Alb : 5,75.



Du 5 au 8 novembre, Cortancyl, 4 comprimés par jour.

Le 7 novembre :

Liquide limpide

Eléments 128

Alb : 1,76

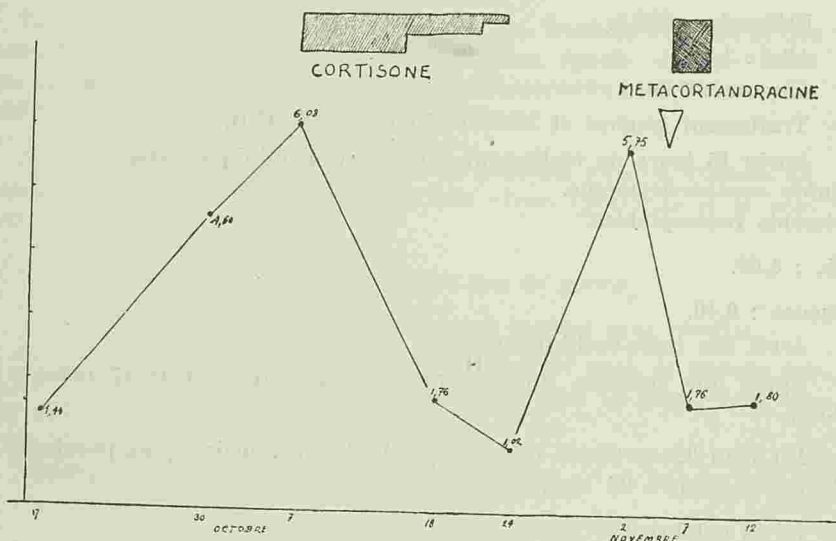
Le 12 novembre :

Eléments 173

Alb : 1,80

Gl : 0,40.

*Conclusion* : Effet spectaculaire de la corticothérapie sur l'hyperalbuminorachie (Cortisone puis Cortancyl).



### III. DYSTROPHIE ŒDÉMATEUSE. ÉCHEC DE L'A.C.T.H.

*Obs. X.* — Il s'agit d'un enfant de 1 an atteint de dystrophie œdémateuse guéri par la M. après échec de l'A.C.T.H.

Ali Manouba, 1 an.

Dystrophie œdémateuse installée au 4<sup>e</sup> mois d'une dyspepsie.

Traitement d'une semaine par l'A.C.T.H., à raison de 50 mg par jour.

Diminution des œdèmes, mais installation d'un état grave de dénutrition progressive, avec diarrhée muco-bilieuse.

Perte de 800 gr. en 3 semaines.

Somnolence, apathie, état subtoxique.

Le traitement de la dyspepsie et la reprotéinisation intensive sont poursuivis et on ajoute 2 comprimés de Cortancyl par jour,

Amélioration des selles, arrêt des vomissements, reprise de l'appétit, récupération de l'élan psycho-moteur, augmentation de 550 gr en 12 jours.

Quitte le service en excellent état après 18 jours d'hospitalisation.

*Conclusion* : Redressement d'un échec de l'A.C.T.H.

#### IV. ASTHME

*Obs. 11.* — Z. 27 ans, asthmatique depuis l'âge de 14 ans. Ce malade se maintenait et avait gardé son activité grâce à 20 mmg d'hydrocortisone par jour, 5 jours sur 7. Pour des raisons de diététique et pécunières, le malade abandonne l'hydrocortisone. Il rechute et souffre d'une série de crises journalières. Il adopte sur notre conseil, la M. 4 comprimés par jour, c'est-à-dire 20 mmg arrêtent les crises, il a diminué les doses et se maintient actuellement avec 2 comprimés par jour, soit 10 mmg, avec un régime chloruré normalement sans aucun accident.

*Obs. 12.* — F., 35 ans. Asthmatique depuis plusieurs années, entre en état de mal. Traité par la cortisone, il est rapidement amélioré. Quelques jours après, il nous quitte et il est revenu de nouveau en état de mal. Nous le mettons au Cortancyl à la dose de 6 comprimés par jour soit 30 mmg. Après amélioration, nous réduisons la dose à 4 comprimés par jour, puis à 2. A cette dose, les crises reprennent. Nous reprenons la dose à 20 mmg, suffisante pour le maintenir en bon état. Le malade reste à cette dose d'entretien.

#### V. CHOREE

*Obs. 13.* — Faouzia, 6 ans, est hospitalisée le 22 septembre pour une chorée de Sydenham à évolution aiguë. A son entrée; l'agitation de l'enfant est extrême, avec des phases d'hypotonie et une aphasia motrice.

Elle n'a aucune lésion cardiaque à l'auscultation.

La V.S. est de 21-48.

La fibrinémie est à 3 gr.

Elle reçoit d'abord, un traitement à l'A.C.T.H., au phénergan, gardénal et auréomycine sans aucun résultat.

Nous essayons les sulfamidés et le largactyl. L'échec est total, l'enfant est aussi agitée. La chorée prend le caractère hypotonique de la chorée molle.

L'enfant est toujours aphasique et ne peut ni se lever ni même s'asseoir.

Le 24 octobre elle est mise à la cortisone, en commençant par 150 mmg et à dose dégressive, jusqu'au 7 novembre sans plus de succès.

Nous revenons alors aux vieux traitements, tel que la liqueur de Boudin, même insuccès.

Le 23 novembre la malade reçoit 15 mmg de M. par jour. Le résultat nous a étonné, car il fut inattendu et spectaculaire. Au bout de 2 jours de traitement l'agitation se calme, l'enfant se lève, marche et parle. Le 4<sup>e</sup> jour du traitement elle court et joue. Elle est actuellement à une dose d'entretien de 10 mmg par jour.

EN RÉSUMÉ, nous pouvons conclure sur une faible expérience de 13 cas et sans le recul nécessaire que la M. est l'égale de la cortisone dans les affections rhumatismales, avec cet avantage considérable d'être utilisée, dans certains cas d'intolérance comme dans notre observation N° III, qu'elle peut être supérieure comme dans le cas de la chorée aiguë, supériorité que nous ne pouvons pas d'ailleurs expliquer, pas plus d'ailleurs que les autres français et américains qui se sont contentés comme nous de constater uniquement. Enfin que nous n'avons observé absolument aucun accident ni incident prévisible avec la cortisone utilisée avec un régime libre.

Nous n'avons aucune expérience de l'action de la M. dans les hémopathies. Quelques observations ont été publiées en Amérique et en Italie. Les résultats semblent comparables à ceux de la cortisone. En France ISCH-WALL a rapporté 2 cas de leucoses lymphoïdes chroniques traitées avec succès.

En outre la M. a été essayée dans les néphroses, les collagénoses, les dermatoses avec des résultats assez variables.

Reste, je l'ai laissée pour la fin à-dessein, la maladie d'Addison. La M. contrairement à la cortisone est sans effet sur la maladie, et cela parce que, en réalité, il ne s'agit pas du tout du produit physiologique. Il semble qu'elle n'existe pas dans la sécrétion des surrénales. Il s'agit d'un produit de synthèse dont la seule action est l'action anti-inflammatoire; extrêmement puissante, et dont les effets métaboliques diffèrent de ceux de la cortisone.

Le plus important, du point de vue pratique est son inertie par rapport au métabolisme du sodium. Sans entrer dans les détails des expériences, la conclusion est la suivante; ce nouveau stéroïde ne possède aucune action de rétention sur l'ion sodium et par conséquent sur la réabsorption tubulaire de l'eau. Il semble même qu'il ait un effet diurétique. Ce fait a été confirmé par tous les auteurs, BUNIM en Amérique, va jusqu'à affirmer, que dans le cas d'apparition d'œdème chez un malade, il fallait en rechercher la cause au cœur ou au rein, mais que cet œdème n'était sûrement pas médicamenteux. Cette innocuité de la M. est du point de vue pratique d'une importance capitale pour le médecin praticien. Car il devient possible de le prescrire, sans surveillance, et d'une façon continue et prolongée à des rhumatisants ou à des asthmatiques, avec un régime normalement chloruré.



En ce qui concerne le métabolisme du potassium les avis sont encore partagés, il semble cependant que l'excrétion du K. soit augmentée pendant le traitement. Elle serait due à l'augmentation du catabolisme azoté tissulaire et à la libération de l'ion K. Il s'en suit que pratiquement il serait inutile d'administrer du K. aux malades, mais à leur augmenter leur alimentation en protides.

Par ailleurs même action que la cortisone sur les hydrates de carbone. La M. peut aussi bien augmenter et modifier la courbe d'hyperglycémie.

Elle paraît, en outre, susceptible, de modifier le métabolisme du calcium. Un traitement prolongé aux rhumatisants aurait provoqué des ostéoporoses et des fractures spontanées. Cette question est encore à l'étude.

Enfin, on a étudié son action sur la sécrétion gastrique. Il est établi par FORSHAM et ses collaborateurs que la M. augmente l'acidité gastrique, de façon plus importante que l'hydrocortisone. Ces recherches confirment ce qui a été observé en clinique c'est-à-dire le réveil d'ulcus gastro-duodénaux. Les mêmes précautions, à ce propos sont donc à prendre, comme avec la cortisone.

En résumé, la M., dérivée de la cortisone, paraît être un progrès considérable dans le domaine de la corticothérapie. Elle peut se prescrire à des doses bien inférieures à la cortisone, puisque la dose d'attaque n'excède pas 30 mmg soit 6 comprimés à 5 mmg. Elle ne nécessite pas le régime déchloruré et ne provoque ni œdème ni hypertension. Elle a les mêmes indications que la cortisone, sauf dans la maladie d'Addison, dont elle ne peut corriger le déséquilibre des ions sodium et potassium sur lesquels elle est sans action.

#### R E S U M E

L'auteur rapporte les premiers résultats par le traitement par la M. sur 13 cas de maladies : 3 cas de maladie de Bouillaud, 2 cas de P.C.E., un cas S.A. un cas de méningite tuberculeuse, un cas de dystrophie œdémateuse, une maladie de Reiter, une monoarthrite aiguë, 2 cas d'asthme et un cas de chorée aiguë. Les résultats confirment ceux des auteurs français et étrangers. Souligne le succès inattendu et brillant obtenu dans la dystrophie œdémateuse où l'A.C.T.H. a échoué et dans la chorée où la cortisone a été inefficace. Les 13 cas ont été soignés avec un régime alimentaire normalement chloruré sans aucun incident.

*préparation lyophilisée de*

# Trypsine

*à 0,250 g*

*Enzyme protéolytique  
et fibrinolytique  
d'origine pancréatique*

ADMINISTRATION :

EN AÉROSOLS

EN INJECTIONS INTRA-PLEURALES

OU EN APPLICATIONS EXTERNES

80-PC-15-651

FLACON DE 10 CM<sup>3</sup> = 250 MG.

NE PAS INJECTER PAR VOIE INTRAVEINEUSE

SC Remboursé par la S.S. - Admis AMG et Coll.

laboratoire CHOAY 48, avenue Théophile Gautier, Paris 16<sup>e</sup>

86 C

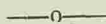
TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS



## Nos trois premiers cas de Commissurotomie pour rétrécissement mitral

par R. KOSKAS et S. PIÉTRI

(Service de Chirurgie B. de l'Hôpital de la Libération)



Les bons résultats obtenus par la commissurotomie de la valvule mitrale sténosée, et les encouragements prodigués par le Professeur GODDARD D'ALLAINES lors de notre dernier passage dans son service à Paris, nous ont incité, il y a quelques mois, à l'Hôpital de la Libération à entreprendre la chirurgie cardiaque. C'est grâce à l'obligeance du D<sup>r</sup> HECTOR BONAN, Chef de Service de Médecine de l'Hôpital, et du D<sup>r</sup> CHARRAD son assistant de cardiologie que trois premiers malades présentant un rétrécissement mitral sévère furent adressés dans notre service pour y être opérés.

Auparavant, pendant près d'un an, nous avons effectué toute une série d'interventions cardiaques sur le chien pour nous familiariser avec cette chirurgie. En particulier nous avons pratiqué à l'Institut Arloing huit fois l'abord de la valvule mitrale par l'auricule, six fois l'opération de BLALOCK (Anastomose sous clavière artère pulmonaire), trois fois la résection d'un segment d'aorte thoracique suivie de suture bout à bout (opération de CRAAFORD pour coarctation aortique) enfin deux fois la valvulotomie de l'orifice pulmonaire par voie ventriculaire.

Les trois cas de rétrécissement mitral que nous avons traités furent soigneusement sélectionnés et l'indication opératoire posée avec rigueur. Les meilleurs éléments sur lesquels elle fut basée sont l'âge des malades, l'importance des troubles fonctionnels, l'incapacité de ces malades à mener une vie normale et enfin la stabilisation de la maladie rhumatismale vérifiée par l'étude de la vitesse de sédimentation.

La première de ces malades est une jeune femme de 24 ans. Zakia bent M... qui présentait dans son enfance des antécédents nets de R.A.A. Le début apparent des troubles cardiaques coïncide avec sa première grossesse.

A son entrée dans le service le 17-3-55 elle se présente comme une malade pâle, aux muqueuses décolorées, amaigrie, dyspnéique incapable du moindre effort.

A l'auscultation on retrouve très accentués tous les signes d'un rétrécissement mitral. Souffle présystolique. Dédoublement du 2<sup>e</sup> bruit. Roulement diastolique. La vitesse de sédimentation sanguine est de 15 mm. pour la première heure. La préparation pré-opératoire consista surtout en une oxygénation de plusieurs heures par jour sous la tente



à oxygène et à la prescription d'aspirine (10 comprimés par jour) qui sera poursuivie régulièrement pendant trois semaines après l'intervention.

Intervention le 23 mars 1955 (Dr KOSKAS).

Anesthésie avec intubation trachéale en va et vient. Penthotal Ether, Ether, Oxygène.

Thoracotomie gauche par une incision sous-mamelonnaire dans le troisième espace intercostal.

Ouverture du thorax. Le poumon est légèrement adhérent à la plèvre pariétale et au péricarde. Libération progressive au tampon monté. Abord du péricarde qui est un peu épaissi et congestif. Injection dans la cavité péricardique de 20 cm<sup>3</sup> de Novocaïne à 1 %. Ouverture du péricarde.

L'auricule apparaît de petite taille. Mise en place à sa base du Clamp de Satinsky. Sujet en bourse au fil de lin autour de l'auricule et mise en place du serre-nœud de Rummel Belmont qui est confié à l'aide.

Introduction du doigt dans l'auricule. Le passage du doigt est difficile en raison de l'étroitesse de l'auricule. On parvient progressivement à pénétrer dans l'oreillette et à explorer la valvule mitrale.

Celle-ci présente un rétrécissement net. L'orifice mitral laisse à peine pénétrer l'extrémité de l'index. Les valves sont accolées aussi bien en avant qu'en arrière. Le doigt pénètre progressivement dans le ventricule et on dirige l'effort d'abord sur la commissure antérieure, puis sur la postérieure. Il s'agit d'une variété de sténose élastique en ce sens que l'orifice se laisse distendre, mais revient à peu près à son calibre antérieur dès qu'on retire le doigt.

Cependant on parvient après plusieurs manœuvres à séparer les commissures et à obtenir un orifice de la largeur d'un doigt et demi.

On ne note aucun reflux vers l'oreillette.

Le doigt est retiré et le fil de la bourse est serré et noué.

Le péricarde est laissé partiellement ouvert. On place un drain dans le thorax pour aspiration et la paroi est refermée plan par plan.

Pendant la durée de l'intervention le rythme cardiaque est resté normal sauf une accélération passagère au moment de la pose du clamp sur l'auricule.

Soins post-opératoires : Oxygénation, Pénicilline, Streptomycine, Aspirine : 5 grammes par jour.

Suites opératoires excellentes - Sans incidents.

La malade quitte l'hôpital le 14 avril en bon état.

La deuxième malade est une jeune fille de 19 ans, Férida Bent Hadj M... Elle est admise dans le Service de Chirurgie le 4 mai 1955

avec troubles fonctionnels importants et signes d'auscultation intenses en particulier un frémissement très accentué : vitesse de sédimentation : 14 mm à la 1<sup>re</sup> heure.

Intervention le 13 mai 1955 (D<sup>r</sup> KOSKAS).

Valvulotomie digitale d'un orifice mitral serré et résistant.

On note chez cette malade un auricule de petite taille présentant une large encoche sur son bord libre rendant plus difficile l'abord intra-auriculaire. On obtient cependant une ouverture suffisante de la valvule.

La malade supporte parfaitement l'opération et après des suites normales quitte l'hôpital le 27 mai, soit 14 jours après l'intervention bien stabilisée.

Le troisième malade est un jeune homme de 21 ans, Naceur Ben A..., qui nous est passé du service de médecine le 14 juin 1955 avec une dyspnée considérable qui le maintient constamment assis sur son lit, presque sans sommeil. Son visage est anxieux et traduit une grave souffrance. Il réclame au plus tôt l'intervention.

— Vitesse de sédimentation, 9 mm à la première heure.

*Celle-ci est pratiquée le 29 juin 1955 (Docteur KOSKAS).*

*Compte-rendu opératoire.*

Thoracotomie dans le troisième espace. Aorte volumineuse, gênant l'abord de l'auricule. Toucher mitral. Rétrécissement extrêmement serré, l'orifice admet à peine le diamètre d'un crayon. La valvulotomie digitale est très facile et satisfaisante; les deux commissures se séparent largement et on obtient un orifice d'un diamètre de deux doigts.

Après l'intervention on assiste à une transformation spectaculaire. Tous les signes fonctionnels ont disparu. Quoique cicatrisé au huitième jour, nous gardons ce malade dans le service un peu plus longtemps que les deux autres pour lui permettre de reconstituer un état général déficient. Il quitte l'hôpital en parfait état le 11 août.

Dans les trois cas nous avons enregistré le lendemain même de l'intervention une transformation de l'état de ces malades. Au bout de quelques jours, ils sentent eux-mêmes qu'ils vont pouvoir reprendre une activité depuis longtemps perdue.

Les signes d'auscultation disparaissent complètement les jours qui suivent l'intervention. Parfois il réapparaissent très atténués ensuite, sans que l'état du malade s'en ressente. Ces malades doivent être suivis régulièrement, surtout pour prévenir chez eux une reprise du processus rhumatismal qui n'est pas exceptionnelle et sera ainsi immédiatement jugulée. Du point de vue technique, la valvulotomie digitale est en général facile quand l'accrolement des valvules n'est pas encore très organisé. Deux difficultés peuvent être rencontrées.

L'une, rare, inhérente aux dimensions de l'auricule qui, parfois, ne permet pas le passage du doigt et nécessite l'emploi du dilateur d'emblée.

L'autre, assez fréquente, trois cas sur dix inhérente à l'aspect de la valvule mitrale sténosée, qui se présente soit comme un anneau circulaire souple mais qui ne se laisse pas dissocier, soit comme un bourrelet épais et rigide résistant au doigt. Dans ces cas, l'emploi prudent de la dilatation instrumentale ou d'une fine lame coupante montée sur le doigt de l'opérateur comme l'anneau de Dogliotti, par exemple, permet de résoudre le problème.

— Enfin la surveillance du rythme cardiaque pendant l'opération est capitale et l'anesthésiste doit être prêt à utiliser des produits comme le pronestyl indiqué dans les troubles du rythme et la néosynéphrine aussi efficace et mieux tolérée que l'adrénaline dans les chutes tensionnelles.

Dans les cas bien sélectionnés sans lésions associées opérés en dehors de toute poussée rhumatismale, les résultats immédiats et lointains sont nettement favorables dans une grande proportion de cas. Des nouvelles récentes de nos opérés nous confirment dans cette opinion.

—o—

#### Discussion de la communication du Dr Koskas sur 3 cas de commissurotomie mitrale

(INTERVENTION : Dr DEMIRLEAU)

Il y a quelques années, à l'occasion de la présentation du premier cas de tétralogie de FALLOT opéré à Tunis, j'avais insisté sur le fait que la Tunisie était un pays assez important et doté d'assez de médecins compétents pour que sa capitale soit un grand centre médico-chirurgical.

Mon but était de faire cesser ce complexe qui consistait à envoyer en France certaines catégories de malades.

Une réclame parue récemment dans les journaux, exhortant les mitraux à rester à Tunis pour se faire opérer, me montre que j'ai atteint mon but et je m'en réjouis.

J'ai actuellement une assez grande expérience de la commissurotomie. Je ne m'étendrai pas sur la technique. J'ai fait ce matin mon 74<sup>e</sup> cas, sur lesquels j'ai eu 7 décès, mais les 40 derniers ont été sans mortalité, et je me propose d'en faire une étude détaillée dans une communication ultérieure.



Sans vouloir le moins du monde diminuer le mérite de mes collègues, il faut reconnaître que l'acte chirurgical de la sténose mitrale entrerait plutôt dans la chirurgie mineure.

Toute la question est diagnostic et indication opératoire. Le succès de ce traitement revient incontestablement aux cardiologues et je veux leur rendre un hommage mérité pour l'activité, la compétence, et, il faut bien le dire, le courage qu'ils ont montré, en particulier ceux qui, les premiers, ont osé confier leurs malades : les docteurs H. H. COHEN, BONAN, CHARAD et NATAF.

Ceci dit, je ne puis que féliciter mon ami Koskas pour sa présentation.

— 0 —

---

## PAPAVERYL

Chlorhydrate de papavérine chimiquement pur

— 0 —

**ANTISPASMODIQUE**

*Action élective sur la fibre musculaire lisse*

— 0 —

1° Boîte de 6 ampoules injectables à 0,04.

2° Tube de 20 comprimés à 0,04.

3° Boîte de 6 suppositoires à 0,04.

---

## SELAMON

Chlorure d'ammonium chimiquement pur

— 0 —

Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

**ACIDIFIANT — DIURETIQUE — ANTI-ŒDÉMATEUX**

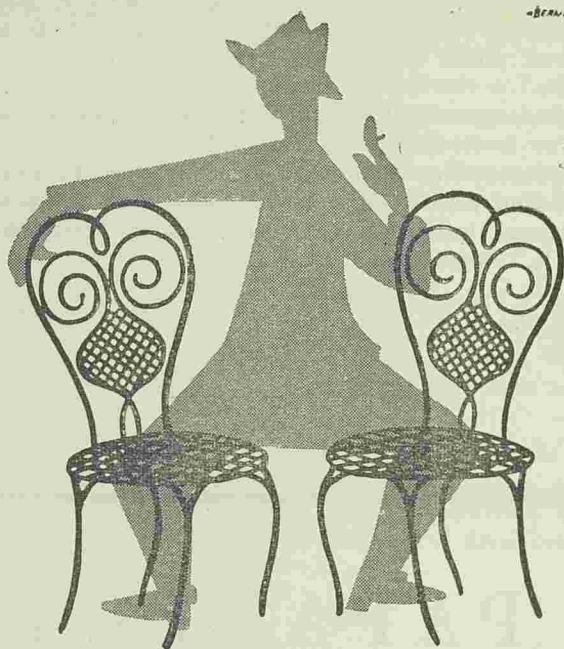
*Traitement des alcaloses — Obésité*

— 0 —

Boîte de 50 dragées glutinisées à 0 gr 50 de chlorure d'ammonium

---

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



## HEMORROÏDES

- CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES  
100 à 500 gouttes par jour
- TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
30 à 90 gouttes par jour

VARICES . PHLÉBITES . ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES  
VEINEUX . FRAGILITÉ CAPILLAIRE . ENGELURES  
30 à 300 gouttes par jour

Toutes les doses ci-dessus doivent être absorbées en  
prises fractionnées

# Intrait de Marron d'Inde "P"

*La préparation la plus riche en vitamines "P" native*

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3 000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 434  
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1 000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 179

11.000%  
de  
Vitamine P  
par cc.



Remboursé par la Sécurité Sociale  
Echantillons sur demande

## L'ouverture des cavités cardiaques sous hypothermie (Etude expérimentale)

par Roger KOSKAS et S. PIETRI.

Au cours de l'année 1955, nous avons entrepris l'étude expérimentale des principales interventions cardiaques sur l'animal. Au total, nous avons opéré 19 chiens en nous plaçant dans des conditions d'anesthésie, de réanimation et d'asepsie très voisines de la chirurgie sur l'homme.

Nous voulons d'abord adresser tous nos remerciements à l'Institut Arloing où fut mis aimablement à notre disposition un local très bien adapté à ce travail et le matériel indispensable à ces interventions, ainsi qu'à M. le Docteur RENOUX, Directeur de l'Institut Pasteur dont l'obligeance nous a permis d'avoir une fourniture régulière d'animaux d'expérience.

A côté des interventions cardiaques ou vasculaires courantes, telles que valvulotomie mitrale, opération de Blalock, résection d'un segment aortique suivie d'anastomose bout à bout, valvulotomie pulmonaire, anastomose porte cave, nous nous sommes attachés dernièrement à l'étude de l'abord large des cavités cardiaques sur cœur exsangue sous couvert, soit de la réfrigération, soit de l'hibernation proprement dite selon les idées de LABORIT. Nous avons opéré dans ce but nos quatre derniers chiens. Trois furent soumis à la réfrigération par immersion dans l'eau glacée et un fut hiberné selon la technique de Laborit.

Après ouverture du thorax, l'arrêt circulatoire total fut obtenu par clampage temporaire des deux veines caves au niveau de leur aboutissement dans l'oreillette.

Voici dans ses détails la technique qui fut suivie dans les deux procédés de refroidissement.

### 1. LA REFRIGERATION

L'animal est un chien de 15 à 20 kg, en bon état.

Sa température normale est à 38°. Pulsations 160. Respiration 16. On commence d'abord par l'anesthésie pour laquelle on emploie 10 à 15 cgr. de Nesdonal. Puis 10 mmgr. de Flaxedil sont injectés pour permettre une intubation trachéale facile. Le chien reçoit alors de l'oxygène et de petites doses d'éther pour obtenir une anesthésie régulière et stable.

On plonge le chien dans un bain d'eau glacée préparé à l'avance et dont la température oscille entre 2 et 4°.



On surveille attentivement les réactions de l'animal et son pouls et sa température sont suivis et inscrits toutes les cinq minutes.

En général, si l'anesthésie est bonne, l'animal supporte parfaitement l'immersion. La température va baisser régulièrement et au bout de 30 à 45 minutes on atteint une température variant entre 31 et 29°

Il faut alors sortir le chien du bain et le placer sur la table d'opération car la température de l'animal va encore continuer à baisser de quelques degrés. Après un quart d'heure elle peut descendre à 28° et même parfois jusqu'à 23°. Puis elle se stabilise pendant toute la durée de l'intervention.

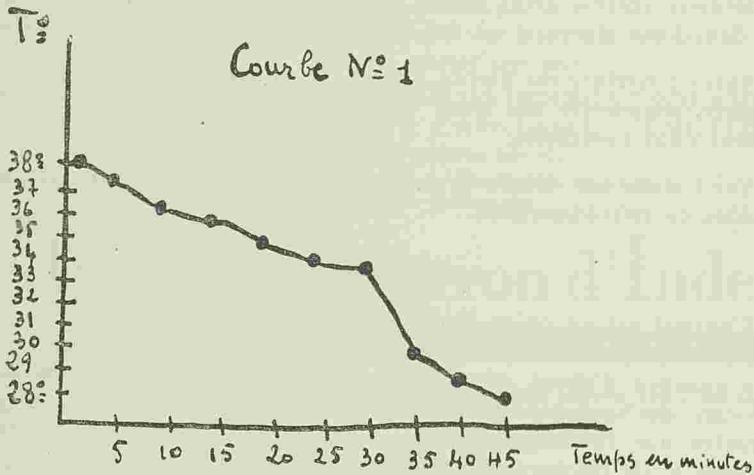
Malgré ces basses températures l'animal ne manifeste aucun signe de souffrance organique. Le pouls est régulier et bien frappé. L'apparition d'un frisson est synonyme d'une anesthésie insuffisante et il est facile d'y remédier.

L'intervention est alors effectuée, puis, quand le thorax est refermé, on procède au réchauffement de l'animal.

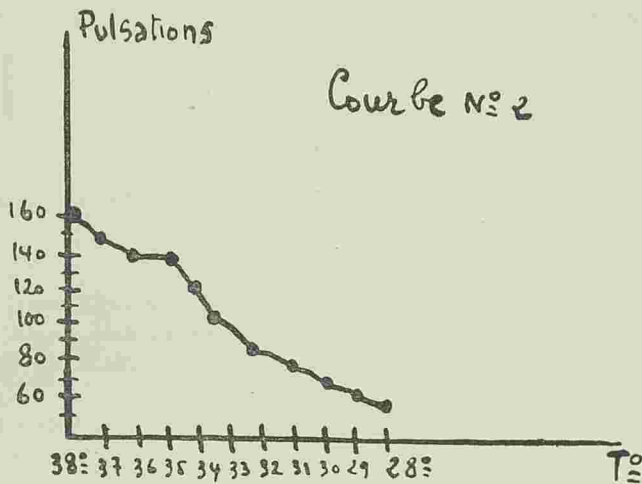
Le chien est plongé dans un bain chaud de 40 à 45° pendant une heure environ pendant laquelle on continue l'administration d'oxygène par la sonde trachéale.

Quand on atteint la température de 34 degrés on le sort de l'eau et l'animal va récupérer progressivement sa température normale.

Voici la courbe de refroidissement de l'animal en fonction du temps d'immersion.

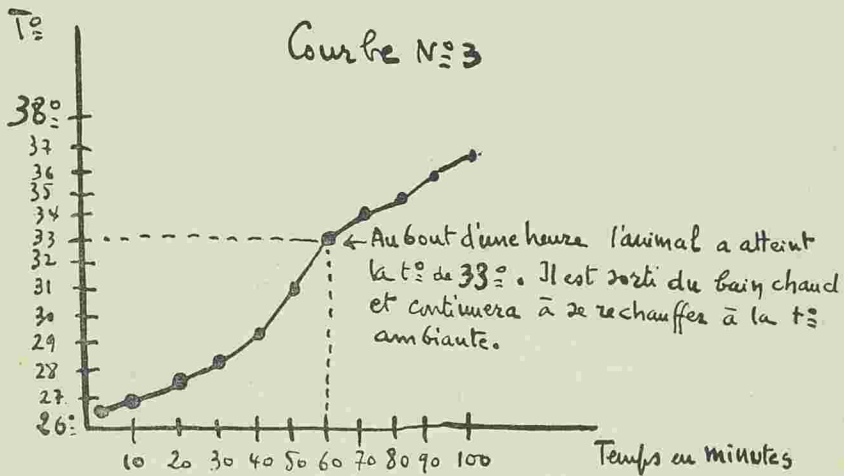


Et la courbe des pulsations en fonction de l'abaissement thermique



On remarquera le net ralentissement du rythme cardiaque à basse température

Courbe de réchauffement après l'intervention :



## 2. L'HIBERNATION SELON LA TECHNIQUE DE LABORIT

Deux heures avant l'intervention 500 cm<sup>3</sup> de sérum glycosé intra-veineux sont installés en perfusion lente auquel on ajoute 500 mgr de Procaïne. Puis on se sert du mélange de LABORIT et HUGENARD

Largactil Phénergan, Dolosal. On injecte 2 cm<sup>3</sup> de ce mélange puis 1 cm<sup>3</sup> tous les quarts d'heure. L'animal s'installe progressivement dans un état crépusculaire. On procède alors à l'induction anesthésique. Nesdonal. Oxygène Curare à la demande - Intubation trachéale.

Enfin trois quarts d'heure avant l'intervention on accentue le refroidissement en couvrant l'animal de quelques vessies de glace.

On assiste à un abaissement de la température de 38 à 33°. Rarement plus bas. Le pouls et la respiration sont ralentis. La tension artérielle baisse à 8 ou 7 cm de mercure.

On peut alors commencer l'opération.

Cette méthode plus délicate à manier demande également plus de temps et plus de personnel qualifié. Une chute brutale de la tension artérielle est toujours à craindre et une surveillance constante des pressions est nécessaire.

*Les interventions proprement dites* consistent en, une fois, l'ouverture large de l'oreillette droite en vue de réparer une communication inter auriculaire pratiquée au même moment et, trois fois, en une ventriculotomie droite pour abord à ciel ouvert de la cloison inter ventriculaire.

#### *Animal N° 1.*

Anesthésie Nesdonal, Ether - Oxygène.

Réfrigération par bain glacé à 3°. Au bout de 35 minutes on atteint une température de 29 degrés. L'animal est placé sur la table d'opération. Thoracotomie droite. Le cœur bat régulièrement et les contractions cardiaques sont satisfaisantes. Passage d'un fil tracteur sur la terminaison des deux veines caves. Les fils sont confiés à l'aide et la circulation va être totalement arrêtée pendant 12 minutes. Pendant ce temps ouverture de l'oreillette droite. Aspiration du sang intra-auriculaire. Le cœur continue à battre normalement. On distingue parfaitement toutes les parois de l'oreillette. On incise la cloison inter-auriculaire sur deux centimètres, puis celle-ci est réparée rapidement à la soie fine. Fermeture de l'oreillette aux points séparés. Déclampage des veines caves progressif en commençant par la V.C.S. Le cœur montre quelques irrégularités, puis reprend un rythme normal.

Fermeture du thorax.

Le chien est réchauffé par immersion dans un bain d'eau à 40° pendant 1 heure et soumis à une oxygénation régulière. Son état est bon. Le lendemain il est sur pied et ne présente aucun signe de déficit moteur ou cérébral. Il s'alimente et se déplace normalement. Au bout de huit jours il est complètement cicatrisé et guéri.

#### *Animal N° 2.*

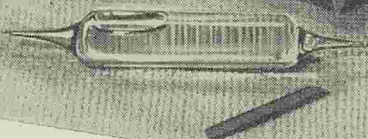
Anesthésie et réfrigération selon la technique précédente.

Température du chien au cours de l'intervention 26°. Clampage des



®  
**NÉVROSTHÉNINE  
-GLYCOCOLLE**

**FREYSSINGE**



**ASSOCIATION  
DE GLYCÉROPHOSPHATES ET DE GLYCOCOLLE  
TONIQUE NERVIN-MUSCULAIRE RATIONNEL**

AUCUNE CONTRE-INDICATION

REMBOURSÉ SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS (12<sup>e</sup>)



veines caves. Ouverture large du ventricule. Exploration de la cavité ventriculaire au bout de deux minutes s'installe une fibrillation qui ne cède ni au massage, ni à la prostigmine, ni à une tentative de défibrillation électrique avec le courant de la ville branché sur deux valves métalliques au contact du cœur.

*Animal N° 3.*

Anesthésie et hibernation selon la technique de LABORIT. Chien en bon état avant l'intervention. Température rectale 33°.

Fibrillation irréductible et mort dès l'ouverture du ventricule.

*Animal N° 4.*

Anesthésie et réfrigération par bain glacé.

Température du chien au cours de l'intervention 29°. Arrêt circulatoire. Ventriculotomie droite parfaitement supportée.

Incision de la paroi inter-ventriculaire. Puis réparation. Battements cardiaques excellents.

Fermeture du ventricule - Fermeture du thorax.

Le chien est placé dans le bain chaud. Après avoir présenté un état satisfaisant pendant une demi-heure, après laquelle on le retire du bain chaud. L'animal meurt brusquement au bout de cinq minutes. Nous pensons que le réchauffement dans ce cas fut trop court et que cette faute de technique a faussé un résultat qui s'avérait excellent.

On voit que la fibrillation est la grave complication des ventriculotomies. A notre avis elle est favorisée par les trop basses températures et nous pensons qu'il ne faut pas descendre au-dessous de 29° chez le chien. L'ouverture de l'oreillette par contre offre beaucoup moins de dangers et peut entrer dans la pratique.

### CONCLUSION

La réfrigération nous semble une méthode plus maniable que l'hibernation et la marge de sécurité plus grande à condition de ne pas aborder des températures trop basses.

La tolérance sous réfrigération des cellules cérébrales et du myocarde à l'anoxie est extraordinaire comme le prouve le cas du chien N° 1 qui a supporté sans dommage un arrêt circulatoire complet de 12 minutes. Ce fait est expliqué par la baisse considérable de la consommation d'oxygène d'un organisme réfrigéré.

Cette méthode fait faire un grand pas à la chirurgie endocardiaque en attendant la mise en application pratique du cœur, poumon artificiel qui permettra de pratiquer des opérations réglées sans tenir compte du facteur temps limité que donne la réfrigération.

Dès maintenant elle rend possible, avec beaucoup plus de sécurité, des opérations de chirurgie cardio-vasculaire majeures et autorise en cas de besoin la suppression totale de la circulation pendant

un laps de temps suffisant pour réussir, comme l'ont fait récemment des chirurgiens américains comme LEWIS (Minneapolis) et SWAN (Denver) de très beaux succès opératoires : le premier dans 8 cas de communication inter-auriculaire, le second dans 7 cas de valvulotomie pulmonaire pratiquée par voie trans-artérielle sous vision directe.

Remarque à propos de la communication du D<sup>r</sup> Koskas.

Chirurgie cardiaque expérimentale.

(INTERVENTION : D<sup>r</sup> DEMIRIEAU)

J'ai publié ici même deux cas de chirurgie du cœur avec ouverture des cavités sous réfrigération. C'est un procédé intéressant qui, malgré les statistiques américaines heureuses, n'est pas encore assez sûr pour devenir un procédé de routine. Il y a en effet un très grand danger de fibrillation qui rend le procédé dangereux.



# VIVACALCIUM

AMPOULES :

UNE SEULE FORME A LA FOIS  
INJECTABLE ET BUYABLE

COMPRIMÉS  
SUPPOSITOIRES

**LAROCHE-NAVARRON**

63, RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-55



## Société des Sciences Médicales de Tunisie

Au cours de l'Assemblée Générale du 23 décembre 1955, il a été procédé à la désignation du bureau pour l'année 1956.

Ont été élus :

*Président :*

D<sup>r</sup> R. LADJIMI

*Vice-Président :*

D<sup>r</sup> J. DEMIRLEAU

*Secrétaire Général :*

D<sup>r</sup> G. BORSONI

*Secrétaire Adjoint :*

D<sup>r</sup> Abd. CHARRAD

*Trésorier :*

D<sup>r</sup> J. BAROUCH

*Bibliothécaire :*

D<sup>r</sup> M. COHEN

*Conseillers Civils*

D<sup>ress</sup> BEN CHEIKH BEN ZINA Touhida

D<sup>r</sup> S. BENMUSSA

D<sup>r</sup> G. RENOUX

D<sup>r</sup> A. CHEROUVRIER

D<sup>r</sup> H. RAÏS

D<sup>r</sup> H. D. COHEN

*Conseiller Militaire :*

Méd. Cap. MASBERNARD

*Conseiller Pharmacien :*

M. A. DZIRI

*Conseiller Dentiste :*

M. J. SARFATI

*Conseiller Vétérinaire :*

M. G. GAYOT.

Ed. du CARQUOIS

*Le pansement de marche*

# ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

## CICATRISÉ



- PLAIES ATONES
- ESCARRS
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.  
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.  
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, Ph<sup>1</sup>, 76, r. des Rondeaux - PARIS

INFORMATIONS

—0—

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

DANS LA LÉGION D'HONNEUR :

Nous apprenons avec beaucoup de plaisir la promotion au grade d'Officier de la Légion d'Honneur, au titre de l'Education Nationale de M. le Professeur Jean ROCHE, Professeur au Collège de France, qui préside aux destinées de notre Institut des Hautes Etudes avec l'autorité et la science que tout le monde lui reconnaît.

Nous le prions d'accepter nos félicitations bien déférentes.

\*  
\*\*

Le D<sup>r</sup> A. BARSOTTI, qui préside avec tant d'activité le Syndicat Médical Franco-Tunisien et l'Union Fédérative des Médecins de Réserve a reçu des mains de M. le Médecin-Colonel BLANCHARD, en présence de nombreux confrères, de M. GILLET, Délégué du Haut-Commissaire de France et du Général de SAINTE-OPPORTUNE, représentant Monsieur le Général C.S.T.T., la Croix d'Officier de la Légion d'Honneur.

Le même jour, le D<sup>r</sup> M. PARTY (de Ferryville) était nommé Chevalier de la Légion d'Honneur.

NICHAN IFTIKHAR :

Au cours de cette même manifestation, M. GILLET, remettait au nom de S. A. le BEY, les insignes de Commandeur du Nichan à MM. les Médecins-Colonels BLANCHARD et SILLIÉ; MM. les D<sup>rs</sup> BRANDENBOURG et SEBAG.

A tous les confrères ainsi à l'honneur, vont nos félicitations.

INNOVATIONS  
innothéra  
THERAPEUTIQUES

**MUCINUM**  
LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés  
par jour

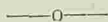
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS





## Boursiers étrangers en Tunisie et envoi de boursiers de Tunisie à l'étranger au cours de l'année 1955.



De nombreux médecins étrangers ont été envoyés par l'O. M. S. en qualité de boursiers pour accomplir des stages de perfectionnement en Tunisie au cours de l'année 1955.

D<sup>r</sup> MOHEBBOU AHMED AZADECH, médecin chef du Service Ophtalmologique de l'Hôpital Devis Tukhti Machad (Iran).

D<sup>r</sup> MAX HERBERT BEMER, médecin ophtalmologiste chargé de la lutte contre les maladies oculaires à Rio de Janeiro (Brésil).

D<sup>r</sup> LARBI EL OUZZANI, médecin du Service Régional d'Hygiène et d'Epidémiologie de Fez (Maroc).

D<sup>r</sup> TJOA SIN Ho, Inspecteur de la Division ophtalmologique des Services de Santé en Indonésie.

Pour début 1956, les boursiers étrangers suivants sont annoncés :

D<sup>r</sup> DJORDE PAVKOVIC BUGARSKI, chef de l'Hôpital ophtalmologique de Pancevo et du Centre Anti-Trachomateux pour la Voïvodine (Yougoslavie);

D<sup>r</sup> LJUBISA MANDIC, chef du Service Antitrachomateux à l'Institut d'Hygiène de Sabac (Yougoslavie);

D<sup>r</sup> DUCHAN SAVIC, chef de la Section Antitrachomateuse à Novi Sad (Yougoslavie);

D<sup>ss</sup>e ANKA GAJICH, chef assistante du Laboratoire d'Histopathologie Trachomatologie de la clinique ophtalmologique universitaire de Belgrade;

D<sup>r</sup> FARAHBOD, chef de clinique à l'Hôpital Firouzgar à Teheran (Iran);

D<sup>r</sup> AZIZ EL KOHLI, directeur d'une section de la lutte contre le trachome en Egypte.

Par ailleurs, un grand nombre de médecins ou fonctionnaires du Ministère de la Santé Publique ont bénéficié de bourses d'études individuelles au cours de l'année 1955 :

M. CANAVELLI Charles, Capitaine de Police Sanitaire — Stage en Italie et en Grèce;

M. HACHEMI OUANES, Lieutenant de Police Sanitaire — Stage au Royaume-Uni;

D<sup>r</sup> FOURATI, chef de Service Radiologie à l'Hôpital Charles Nicolle — Stage au Centre National de la Recherche Scientifique à Paris;

D<sup>r</sup> BLOCH Edouard, chef du Dispensaire Central Antituberculeux — Stage en France et Suisse;

D<sup>r</sup> MAURIN Jacques, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis — Stage à l'Institut Pasteur de Paris;

- D<sup>r</sup> BENMUSSA SION, médecin chef de service à l'Hôpital Charles Nicolle — Stage à l'Hôpital Necker de Paris;
- D<sup>r</sup> EL KAABI AHMED, assistant au service de chirurgie de l'Hôpital Sadiki — Stage à l'Hôpital Broussais — Paris.
- D<sup>r</sup> Mohamed SIoud, bourse d'une durée d'une année pour formation de base en Anesthésiologie à Paris;
- M. FERDJANI BEN HAFSA, infirmier de la Santé Publique — Stage à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Paris;
- Mmes ZEKIA DOUIK et SINIBALDI Jacqueline, infirmières, monitrices à l'Ecole Professionnelle d'Assistance aux Malades — Stages en France, Belgique et Suisse;
- D<sup>r</sup> GORDEFF DONTZOFF, chef de laboratoire de l'Institut Pasteur — Stage à l'Institut Gustave Roussy de Paris;
- D<sup>r</sup> ZOUAOUI Mohamed, assistant en chirurgie à l'Hôpital Charles Nicolle — Stage au Danemark et en Suisse;
- D<sup>r</sup> GARNIER P., médecin ophtalmologiste de la Santé Publique — Stage au Maroc;
- D<sup>r</sup> MABROUK RIDHA, médecin ophtalmologiste — Stage au Maroc.
- D<sup>rs</sup> OTTAVY et DIGNAT, médecins-Inspecteurs de la Santé Publique — Stage au Maroc.
- M. KACEM SAID, infirmier — Stage au Maroc;
- M. BOULAKBECH Salah, surveillant général à l'Ecole Professionnelle d'Assistance aux Malades de Tunis — Stage en France, Suisse, Belgique, Portugal.

Le Ministère de la Santé Publique a d'autre part désigné des participants pour divers cours organisés par le Centre International de l'Enfance (C. I. E.) et colloques de l'O. M. S. :

— Cours sur les problèmes médicaux sociaux et éducatifs pour enfants atteints d'infirmités sensorielles (C.I.E. - Paris) — Mlle LE FLOCH Jeanne, assistante sociale;

— Colloque sur la lutte contre les insectes (O. M. S. - Rome) — D<sup>r</sup> MAHMOUD SLIM, médecin de la Santé Publique;

— Cours de perfectionnement sur la Médecine du Travail (O.M.S. - Paris) — D<sup>r</sup> AMOR DALY, médecin de la Santé Publique;

— Stage de perfectionnement dans le domaine de la Tuberculose (O.M.S. - Istanbul - Turquie) — D<sup>r</sup> BRAHIM EL GHARBI, médecin chef de service et Mlle ESSIA THRAYA, infirmière de la Santé Publique;

— Cours sur la pathologie tropicale de l'enfant et ses incidences sociales — (C.I.E. - Paris) — D<sup>r</sup> MAHERSI MOHAMED EL HEDI, interne au Service de Pédiatrie de l'Hôpital Ch. Nicolle;

— Cours de Santé Publique Rurale (O.M.S. - Soissons - France) — D<sup>r</sup> SALAH EL FAZAA, Médecin de la Santé Publique;

— Cours sur les problèmes médico-sociaux de l'enfance - (C.I.E. - Paris) — Mlle DESCAMPS, Assistante Sociale,

## Le Colloque International de Paris sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique

20 - 22 Octobre 1955

Sur l'initiative du Professeur Jean DELAY, un colloque réunissant 400 psychiatres de 21 nations s'est tenu à Paris afin d'étudier et de discuter l'action des médicaments dits « neuroleptiques » en thérapeutique psychiatrique.

Il est impossible de résumer ici-même brièvement chacune des 150 communications faites au cours de ces trois journées.

Le programme avait été établi de manière à envisager les principaux aspects du sujet. Aussi, l'ensemble du colloque représente-t-il une somme complète, une vue très générale et actuelle de l'emploi des neuroleptiques en psychiatrie.

La séance d'introduction réalisant une vue d'ensemble a traité des possibilités pharmacologiques dans le traitement des maladies mentales, question qui a été envisagée ici par quelques-uns des plus éminents psychiatres du monde.

Prenant successivement la parole, les Professeurs DELAY (Président du colloque), W. MAYER GROSS (Grande-Bretagne), W. OVERHOLSER (U.S.A.), F. J. REUSE (Belgique), BARAHONA-FERNANDEZ (Portugal), M. BLEULER (Suisse), H. C. RUMKE (Hollande), H. DELGADO (Pérou), H. HOFF (Autriche), ont mis l'accent sur les perspectives d'avenir quasi illimitées que propose à la pathologie mentale le progrès des chimiothérapies. La plupart ont insisté sur le fait que de telles acquisitions ne doivent pas distraire le psychiatre de l'ensemble des problèmes posés par le malade : l'examen clinique, le diagnostic, la psychothérapie et la réadaptation sociale conservent toute leur importance en face des nouvelles possibilités biologiques.

### **METHODES D'ADMINISTRATION, DUREE ET POSOLOGIE DES CURES, ASSOCIATIONS THERAPEUTIQUES**

Au cours de cette séance sont tour à tour envisagées les modalités si variées de l'emploi de la chlorpromazine. Chaque auteur donne ici sa propre technique d'utilisation. H. EY les utilise toutes. Mlle DESCHAMPS a pratiqué les cocktails sans réfrigération. SCHNEIDER (Lausanne) insiste sur les cures prolongées tandis que SIGWALD traite des cures ambulatoires.

Il faut signaler l'exposé de H. C. DENBER (New-York) sur le traitement de quelques cas de schizophrénie et de psychonévrose par l'asso-



# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT  
OLÉO  
INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.  
SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice  
du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)  
0,25

MENTHE

(Stimulant)  
X gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Ménopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

MODE D'EMPLOI : 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS

ciation successive de mescaline et de chlorpromazine, celle-ci permettant de contrôler et de faire cesser les effets de la mescaline.

ACHAINTRE suggère, dans les affections psychiatriques à longue évolution, d'alterner traitement de choc et traitement de chlorpromazine

D'autres auteurs indiquent la possibilité d'utiliser en même temps chlorpromazine et ergothérapie (SIVADON), chlorpromazine et psychothérapie (HELD).

L'emploi de la chlorpromazine comme agent des cures de sommeil fait l'objet de plusieurs communications et discussions au cours desquelles certains insistent sur les échecs et les dangers du traitement que BERARD (Buenos-Aires) qualifie de « somnoplégique ». P. DENIKER (Paris) s'efforce de dégager les indications respectives de la cure de sommeil et de la cure neuroleptique dont le principe est tout différent et l'application moins dangereuse.

BARUK (Paris) rappelant son expérimentation animale, propose l'utilisation de faibles doses de chlorpromazine, alors que BLOCH (Bruxelles) insiste sur les possibilités offertes par les fortes doses.

#### INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS ET RESULTATS

Il est regrettable de ne pouvoir détailler ici les remarquables interventions consacrées :

- soit aux modalités de traitement des psychoses chroniques et de la schizophrénie d'une part,
- soit à la thérapeutique des psychoses alcooliques et de l'épilepsie d'autre part,
- soit enfin, aux nombreuses statistiques apportées par les représentants des divers pays et à la variété des autres indications proposées par les auteurs telles que différentes névroses, les psychoses « exogènes », les dystonies neurovégétatives, les multiples syndromes psychosomatiques.

Après les communications des Professeurs L. LARUE (Québec), R. SARRO (Barcelone), F. LABHARDT (Bâle), AKSEL (Istanbul), FURTADO (Lisbonne), H. H. MAYER (Heidelberg), et GUIRAL (La Havane), qui livraient leurs diverses observations de l'activité de la chlorpromazine dans leurs services, M. HELYER et ses collaborateurs apportaient quelques données sur la chlorpromazine en neuro-psychiatrie infantile et sur leurs recherches faites avec d'autres corps. PIERSON (Casablanca), rendait compte des possibilités d'utilisation de la chlorpromazine en dehors des psycho-névroses pour faciliter la maîtrise de soi lors des angoisses collectives, et LINDFORD REES exposait les résultats d'un travail original fait sur deux groupes de sujets; l'un traité par la chlorpromazine, l'autre traité par un placebo de contrôle, étude tout à fait concluante en faveur de la chlorpromazine.

Quelques statistiques portaient sur un grand nombre de cas. Celles de MM. J. DELAY, P. DENIKER et ROPERT, étudiaient 300 dossiers de malades psychotiques traités en service fermé depuis 1952. Citons également celles de RIGAL et MALLET (Bordeaux) donnant les résultats de 300 cures de psychoses et névroses par la chlorpromazine et celle de PERRIN (Bas-sens) portant sur 1.400 malades d'hôpitaux psychiatriques.

Il ressort de tous ces exposés que la plupart des auteurs qui s'étaient montrés prudents lors de leurs toutes premières publications sur les possibilités psychiatriques des médicaments neuroleptiques (chlorpromazine et réserpine), s'accordent désormais à leur réserver une place importante dans leurs traitements psychiatriques.

Certains auteurs dont KRANZ (de Mayence) eurent assez de recul pour étudier la durée de la maladie et la fréquence des récurrences.

Notons en ce qui concerne le traitement de l'état de mal épileptique que tous ceux qui prirent la parole ont unanimement insisté sur la nécessité de l'administration intraveineuse de la drogue.

### ACCIDENTS ET PRECAUTIONS A PRENDRE

Une séance spéciale étant consacrée aux manifestations de type extrapyramidal, les auteurs qui interviennent ici apportent surtout leurs observations des réactions d'intolérance telles que :

- incidents cutanés avec photosensibilité (dans le personnel infirmier);
- indurations locales;
- poussées rhumatismales;
- complications phlébitiques avec infarctus;
- ictères.

Certains en profitent pour esquisser des indications posologiques. DELAY, POCIDALO, DENIKER et TARDIEU apportent une étude de la coagulabilité sanguine qui n'a pas montré de variations significatives.

### CHLORPROMAZINE ET ELECTROENCEPHALOGRAMME

A la suite de H. TERZIAN (Padoue), un certain nombre d'auteurs communiquent ici leurs travaux sur les modifications de l'électroencéphalogramme chez les malades soumis à la chlorpromazine.

Tracés d'épileptiques, de schizophrènes, tracés comparatifs de malades traités par cure de sommeil et de malade sous chlorpromazine à haute dose sont étudiés.

C. LEROY (Paris) rapporte des cas de myoclonies et d'épilepsie où la chlorpromazine a joué le rôle d'activant. A la discussion ont pris part notamment Ph. DECOURT et P. DELL, lequel a démontré par la méthode électroencéphalographique, l'action de la chlorpromazine sur la substance réticulée du tronc cérébral.



*le ferment vivant*

**VIVACIDOL**

**RÉGÈNÈRE** *la flore de défense*  
et  
**NORMALISE** *le milieu intestinal*

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE, 61, Avenue Garros, Tél. 282.090 — TUNIS

### EFFETS NEURO ET PSYCHO-PHYSIOLOGIQUES. REACTIONS BIOLOGIQUES.

Cette séance a été particulièrement intéressante par l'originalité des travaux apportés. Le Prof. FREYHAN (Philadelphie) après avoir passé en revue tous les incidents signalés lors des cures de chlorpromazine fait remarquer qu'il s'agit de manifestations de susceptibilité individuelle parfois indépendantes même de la durée du traitement et de sa posologie. Comme la plupart des auteurs américains, il prescrit de hautes doses du produit. Il insiste cependant sur le fait que les traitements de chlorpromazine ne sauraient être conduits à l'aide de schémas standards, mais qu'il est nécessaire de les adapter à chaque cas.

A sa suite, le Prof. G. WERNER (Vienne) réalise une vue d'ensemble de ses travaux psycho et neuro-physiologiques sur l'action centrale de la chlorpromazine en comparaison avec d'autres drogues, travaux qu'il poursuit depuis plusieurs années notamment sur le singe rhésus. M. et Mme SOULAIRAC (Paris) complètent cette étude en rapportant les effets de la chlorpromazine sur l'activité des rats normaux ou rendus hyperactifs par lésion cérébrale, et constatent que l'association de l'insuline à la chlorpromazine accentue la diminution d'activité des animaux. Ph. DECOURT (Paris) rappelle ses expériences sur l'action « narcobiotique » de la chlorpromazine chez les unicellulaires.

M. R. CHRISTE (Suisse) signale les effets du médicament sur la vitesse de sédimentation aux différents stades du traitement, tandis que M. E. OSTERMAN (Suède) étudie la réaction hypophyso-surrénalienne en fonction de divers « stress », et considère que la chlorpromazine ne modifie pas le test de Thorn mais qu'elle agit d'autre part sur le taux d'éosinophilie et abaisse l'excrétion des 17 céto-stéroïdes. M. L. REES a réalisé une étude objective de l'effet protecteur de la chlorpromazine à l'égard des administrations d'adrénaline et d'acétylcholine chez l'homme.

Avec H. AZIMA (Montréal) qui indique la possibilité de poursuivre la psychanalyse sous de hautes doses de chlorpromazine capables de réaliser la régression provoquée du patient, on aborde la partie purement psychologique de cette séance. C'est surtout au Prof. J. M. SUTTER d'Alger, qu'on doit une vue d'ensemble des modifications psychologiques entraînées par la chlorpromazine. Mrs PETRIE (Londres) travaillant avec M. LEBEAU (Paris), a comparé les modifications de la personnalité appréciées par la méthode des tests chez les malades traités à la chlorpromazine et ceux qui ont subi diverses interventions psycho-chirurgicales; l'action du médicament diffère nettement de celle de la leucotomie, mais serait analogue à celle de la cingulectomie.

MM. LAFON et DUC (Montpellier) ont entrepris une étude de psychologie objective, surtout chez les malades traités à la réserpine avec lesquels on ne note pas de modification des tests de performance, mais chez les schizophrènes un meilleur contact.

# HEXOLINE

(Fructose — Diphosphate de calcium)

—o—

HEXOLINE - GLYCOCOLLE

HEXOLINE - CORTICO - SURRENALE

HEXOLINE - PILOCARPINE - PHÉNOBARBITAL

—o—

Etats dépressifs — Asthénies — Surmenage cérébral

Insuffisance surrénale — Hypertension

—o—

Présentation dans chaque formule : Tube de 100 dragées

—o—

*Documentation et échantillons sur demande*

—o—

---

Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



### COMPARAISON ENTRE CHLORPROMAZINE ET RESERPINE

Chacun apporte ici sa contribution qui tente de dégager des indications respectives, et d'analyser les différences d'action des deux produits.

La plupart pensent que le choix entre chlorpromazine et réserpine dépend très largement de la réactivité individuelle.

Après D. L. DAVIES (Londres) qui résume une étude objective de faits cliniques, CARGNELLO (Sondro) apporte un travail important sur le traitement de la schizophrénie chronique par la réserpine.

La discussion et les conclusions sont apportées par les Professeurs GOZZANO (Rome) et MAYER-GROSS qui donnent les résultats du travail fait à la chaire de Psychiatrie Expérimentale de Birmingham.

### SYMPTOMES EXTRA PYRAMIDAUX

Le Prof. STECK (Lausanne) qui fut le premier à publier sur cette question, rappelle les syndromes parkinsonniens qu'il a observés avec la chlorpromazine et la réserpine. Il montre l'intérêt de ces manifestations : elles pourraient expliquer les possibilités thérapeutiques des médications neuroleptiques à la fois inhibiteurs de l'agitation et stimulants sous-corticaux avec reprise de contact chez les schizophrènes.

Tous les auteurs qui interviennent insistent sur le caractère réversible de ces manifestations extra-pyramidales.

### HYPOTHESES CONCERNANT LES MODES D'ACTION

Les exposés énoncés au cours de cette dernière séance ont contribué par leur qualité à donner une fin remarquable aux travaux du colloque.

Après un exposé d'ensemble physiologique et psychologique de M. LEHMANN (Montréal) à qui l'on doit la première publication concernant la chlorpromazine au Canada, M. P. DELL dont on connaît les importants travaux sur l'action du 4560 RP au niveau de la substance réticulée et sur la vasomotricité périphérique, apporte de nouvelles données sur l'existence d'un système adrénérgique à ce niveau.

Le Prof. H. SELBACH (Berlin-Ouest) montre les corrélations qui existent entre l'action périphérique de la chlorpromazine et son activité thérapeutique. M. A. CHARLIN (Besançon) examinant l'effet de la chlorpromazine et de la réserpine dans les états d'agitation, se prononce en faveur de l'hypothèse diencéphalohypophysaire de leur action.

Par la suite, le Prof. BORASI (Padoue) apporte une note critique sur l'action métabolique de la chlorpromazine dans la cellule nerveuse.

M. LE GUILLANT, tout en admettant le progrès réalisé par les nouvelles médications, pense que leur succès dépend en partie des conditions d'ambiance où elles sont appliquées; considérant que nous sommes encore très ignorants de leur mode d'action, il propose de se livrer à des investigations d'inspiration pavlovienne.

M. M. BERGOUIGNAN (Bordeaux) examine alors les effets de la chlorpromazine dans les divers domaines de la psychiatrie en fonction des données de la psychanalyse, et déclare que ce médicament apparaît comme le « réducteur le plus remarquable des mécanismes psychotiques engagés par le Moi dans sa lutte contre l'angoisse qu'il ne peut liquider ».

Après TOLSMA (Rotterdam) le problème de l'adaptation est traité du point de vue psycho-biologique par M. Ch. BERTHIER et Mme BONNERU-COUCHOU, qui insistent notamment sur les travaux de SELYE et de LABORIT.

LABORIT, dans un exposé brillant et concis, fait connaître ses récents travaux sur l'action des neuroplogiques sur l'excitabilité neuro-musculaire et les mouvements ioniques transmembranaires. Leurs applications en clinique permet d'améliorer le traitement du délirium tremens.

Après les Professeurs GOZZANO et de BARAHONA-FERNANDEZ, le Professeur J. DELAY dégage les conclusions qui ressortent de ces trois jours de travaux. Il indique en particulier les points paraissant avoir recueilli l'unanimité des auteurs, à savoir :

- 1° la valeur des traitements étudiés qui tient à leur efficacité certaine et à leur innocuité relative;
- 2° l'autonomie qu'on peut reconnaître aux cures neuroleptiques par rapport aux cures de sommeil et à l'hibernation;
- 3° enfin, il oppose les traitements de choc aux traitements de « neuroleptie ».

L'ensemble des travaux du colloque a permis non seulement de mettre en commun une expérience psychiatrique de la chlorpromazine vieille maintenant de plusieurs années, mais aussi de préciser des modalités de cure par la chlorpromazine et la Réserpine en fonction de telle ou telle indication.

L'étude même des incidents ouvre des perspectives pathogéniques sur les troubles mentaux et sur le point d'attaque électif de ces nouvelles armes thérapeutiques.

\*  
\*\*

Le compte rendu intégral du Colloque International paraîtra prochainement dans un numéro spécial de **L'Encéphale** (Doin, Editeur).





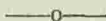
TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

14 bis, Rue Arago — TUNIS



**Société Médicale des Hôpitaux d'Alger**

15 DECEMBRE 1955



**Spasme de torsion et héli-syndrome parkinsonnien**, par MM. A. HUGUENIN, A. ALBOU et G. AKOUN.

Les Auteurs présentent un malade musulman âgé de 47 ans, atteint d'un héli-syndrome parkinsonnien du côté droit. Une Dysbasie lordotique survient au cours de la marche : le signe du fardeau est positif, la dystonie d'attitude ne se produit plus lorsque le sujet porte un objet lourd au-dessus de la tête. L'apparition de l'affection à 31 ans, le fonctionnement hépatique normal, les antécédents prouvent la nature post-encéphalitique du syndrome.

Suppl.

**Du traitement des dolichocôlons acquis en phase d'insuffisance contractile par fistulisation coecale cutanée temporaire prolongée**, par MM. A. C. LACROIX, H. JOUANNEAU, R. NICOL et A. SAYAG.

Les Auteurs soulignent la fréquence des dolichomégacôlons en Algérie dans la fraction musulmane de la population, objet d'une communication antérieure du 4 mai 1953. La composition traditionnelle de l'alimentation est un facteur déterminant essentiel de ce phénomène acquis s'inscrivant dans le cadre de la pathologie géographique. Dans le but de rendre à la musculature colique sa tonicité normale, altérée par la distension considérable et permanente des côlons, les Auteurs font pratiquer dans le même temps qu'une appendicectomie, une fistule cœco-cutanée, maintenue pendant deux mois environ par la mise en place d'une sonde de cinq millimètres de diamètre. Ils constatent le rétablissement d'évacuations intestinales normales et le relèvement de l'état général. Une étude de l'enregistrement des mouvements coliques fera l'objet d'une prochaine communication.

**Acides gras et mobilité électrophorétique des lipoprotéines. Application au lipidogramme de la néphrose lipoïdique**, par MM. Robert RAYNAUD, Paul PASQUET et Henri VLEESCHDRAAGER.

Les Auteurs se fondant sur la notion que les acides gras accroissent la mobilité électrophorétique des corps sur lesquels ils se fixent, expliquent les aspects particuliers du lipidogramme de la néphrose lipoïdique par l'effondrement de l'albumine sérique associée à l'augmentation du taux des acides gras. Une expérience *in vitro* leur permet d'admettre que les acides gras ayant saturé la faible quantité de sérum-albumine se fixent sur les lipoprotéines, en accroissent la vitesse de migration électrophorétique et font apparaître ainsi sur le lipidogramme la fraction bêta très rapide.

**Angor sévère et anticoagulants**, par MM. Robert RAYNAUD et Paul BERNASCONI.

Les Auteurs tirent de la confrontation de deux lots de malades (lot témoin et lot traité par les anticoagulants) des éléments qui permettent d'apprécier la valeur de la thérapeutique anticoagulante dans les angors sévères coronariens purs. Ils soulignent une moindre mortalité, une amélioration clinique et souvent électrique dans le lot des malades traités qui évoluent plus rarement vers l'infarctus.

L'utilisation des dérivés du dicoumarol, seuls médicaments actuellement efficaces et pratiques pour un traitement de plusieurs mois n'est pas à l'abri de critiques car elle n'empêche pas les poussées dangereuses d'hypercoagulabilité en dépit d'une surveillance attentive du sang. En revanche, les Auteurs n'ont jamais constaté d'accidents hémorragiques.

Dans les angors sévères, le traitement anticoagulant représente de plus une épreuve diagnostique. Son inefficacité doit faire suspecter un angor intriqué.

**Traitement par la chlorpromazine seule d'un syndrome mélancolique chez une femme enceinte**, par MM. Maurice POROT et H. JOUANNEAU.

Une mélancolique de 30 ans, enceinte et près du terme, est mise en cure de déconnexion par la chlorpromazine seule. La malade accouche avec une facilité remarquable un peu avant le terme prévu d'un enfant en bonne santé. Le syndrome mélancolique s'améliore avant l'accouchement et guérit rapidement ensuite.

**Topo-algies sterno-costales en liaison avec l'angine de poitrine coronarienne**, par M. G. DUBOUCHER.

Assez fréquemment une algie persistante et fixe de la paroi thoracique succède à une crise d'oblitération coronarienne. Elle paraît devoir être assimilée au même rhumatisme neurotrophique que la périarthrite scapulo-humérale des coronariens. D'autre part, et indépendamment de cette séquence pathogénique, la douleur angineuse et l'algie du plastron sterno-costal sont susceptibles d'interférer entre elles, donnant lieu, principalement chez la femme obèse, neurotonique et rhumatisante, à un angor intriqué thoracique confinant parfois à l'état de mal. Ces faits ont une importance pratique, car ils expliquent certaines localisations de l'angor, la prolongation inhabituelle des poussées et des accès angineux, l'efficacité des actions physiques loco dolenti et des médications analgésiques générales.

**Une conception du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum**, par MM. F. LAGROT, J. GRECO et G. ANTOINE.**Troubles de la réceptivité utérine (aménorrhée secondaire et stérilité primaire) d'origine centrale. Méningo-encéphalite latente**, par MM. Cl. BOULARD et J. P. GAUTRAY.

## Société Médicale de l'A.O.F.

REUNION DU 10 NOVEMBRE 1955

## COMMUNICATIONS :

- 1° *Renseignements tirés de l'électrophorèse du sérum sanguin chez l'enfant africain normal et atteint de kwashiorkor*, par J. SÉNÉCLE, L. AUBRY, H. DUPIN, R. DAVIN, F. DARRASSE.

Après avoir montré la chute de l'albumine responsable de la baisse considérable des protides totaux, les auteurs insistent sur les variations des alpha 1, alpha 2 et bêta qui leur semblent spécifiques, les variations des gammas paraissant contingentes. Ces modifications ont été retrouvées dans les formes frustes alors que le taux des protides totaux demeurerait élevé.

101 électrophorèses pratiquées chez l'enfant paraissant normales font penser à un état de carence latente.

- 2° *Etudes des bilans azotés dans le kwashiorkor*, par J. SÉNÉCAL, G. PILLE, H. DUPIN, C. SAYESSE, Mlle OSPITAL T.

Dans le but de déterminer la dose optima de protides à administrer dans le kwashiorkor, 17 bilans azotés ont été pratiqués chez six malades à différentes périodes.

Ces bilans sont toujours positifs, l'assimilation intestinale bonne et la rétention azotée peut demeurer élevée, malgré de forts ingestas, pendant plusieurs semaines. Un certain équilibre doit cependant être maintenu dans la ration et il semble que la valeur optima du rapport calorie protidique sur calorie totale soit de 25 %.

- 3° *Les neuropathies périphériques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire. Intérêt de la pyridoxine*, par M. HECKENROTH, Y. MAFART, H. RIDAUD DE GINESTE.

Les auteurs rapportent six cas de neuropathies à type de poly-névrites sensitives chiro-podales observées chez des tuberculeux pulmonaires adultes africains en traitement par antibiotiques associés et imputables à l'isoniazide, ce produit ayant toujours été administré à doses classiques de 5 mg par kilog de poids. Ils étudient la fréquence (1 %) et les conditions d'apparition (6<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> mois de traitement) de ces accidents et retiennent surtout comme facteur pathogénique la carence en pyridoxine (Vitamine B 6), dûe au métabolisme de l'isoniazide, mais invoquent aussi des facteurs personnels allergiques ou humoraux. Le traitement efficace et l'administration de vitamine B 6 synthétique à 200 mg, les autres facteurs B jouant seulement un rôle d'appoint mais non négligeable chez des malades souvent poly-carencés.



- 4° *Tentative de suicide par absorption massive de chlorpromazine*, par J. RAINAUT.

Observation d'un alcoolique de 49 ans qui absorbe volontairement 2 gr. 50 de chlorpromazine au cours d'un raptus émotif. Tableau d'hypotonie et d'areflexie avec signe de BABINSKI, sudation massive, tachycardie, tachypnée sans hypotermie ni hypotension. Guérison en moins de 24 h. par phényl 1 amino 2 propane dextrogyre. Commentaires pharmacologiques et toxicologiques.

- 5° *Quatre cas de tumeur du massif facial. Résultats après intervention (Présentation des malades)*, par L. AMLON, J. HOUESSOU, B. LY.

- 6° *Miliaire tuberculeuse à manifestations cardiaques prédominantes*, par M. PAYET, P. PENE.

Les auteurs rapportent l'observation d'un Africain de 40 ans qui présentait à l'entrée un tableau d'insuffisance cardiaque grave. Il s'agissait, en réalité, d'une miliaire tuberculeuse généralisée à symptomatologie cardiaque myopéricarditique dominante avec diffusion de granulation miliaire dans le myocarde.

- 7° *A propos d'un priapisme chez un sicklémiqne*, par M. ARMENGAUD, N. ACCAR.

#### REUNION DU 1<sup>er</sup> DECEMBRE 1955

##### COMMUNICATIONS :

- 1° *Les transfusions globulaires dans le traitement des anémies tropicales*, par PAYET M., LINHARD J., PENÉ P.

Dans quarante cas d'anémies tropicales graves du tout venant (anémies à ankylostomes, paludisme évolutif à déterminations viscérales chroniques, bilharziose à *schistosomia haematobium*, sicklanémie, anémies du post-partum avec infection génitale, néphrites chroniques urémigènes avec anémie), les auteurs utilisèrent les transfusions de globules déplasmatisés à l'exclusion de toute autre thérapeutique antianémique. Dans trente deux cas, il s'agissait d'anémies hypochromes, huit fois d'anémies isochromes.

Les résultats furent, dans l'ensemble, très satisfaisants. Pas d'accidents mineurs (quinze fois une réaction pyrogène sur plus de trois cents transfusions globulaires).

- 2° *A propos de six cas d'emphysèmes cervico-médiastinaux compliquant la rougeole chez l'enfant*, par SÉNÉCAL J., ARMENGAUD M., RAQUET J., KOUROUMA B.

Description clinique, radiologique et anatomo-pathologique de six cas de cette complication rare de la rougeole dont trois furent mortels.

3° *Syndrome pulmonaire avec image radiologique micronodulaire au cours de la varicelle*, par MAFART Y., LASCÈVE R., GAGLI E.

Observation chez un adulte jeune d'une varicelle commune s'étant accompagnée d'un syndrome pulmonaire clinique, avec image radiologique pseudo-granulique labile.

Etude du problème diagnostique posé par cette image. Exposé des différentes conceptions physio-pathogéniques sur les infiltrats pulmonaires labiles sans éosinophilie. Cadre nosologique dans lequel peut être classé le syndrome pulmonaire observé, exceptionnel au cours de la varicelle. Bibliographie succincte.

4° *Une paramastoïdite temporozygomatique à staphylocoque chez un enfant de cinq ans*, par AMLON L., ARMENGAUD M.

Paramastoïdite temporozygomatique chez un enfant de cinq ans a début capricieux et sournois qui a fait errer le diagnostic au début. Au vingtième jour l'un de nous consulté pose le diagnostic confirmé ensuite par la radiographie et l'intervention chirurgicale.

Cette complication est peu courante mais doit être connue du praticien.

5° *Incidence possible de l'étiologie rickettsienne dans la genèse de certains syndromes extra-pyramidaux*, par RAINAUT J., MAZAUT R.

Présentation de deux malades atteints de syndrome pallidal, l'un athéroscléreux vu quatorze ans après un typhus murin, l'autre apparu au cours de l'évolution aiguë d'un typhus murin. Hypothèse pathogénique présentée par les auteurs sous l'angle de l'évolution des rickettsioses dans le temps. Importance du tissu cicatriciel sans valeur fonctionnelle, tissu des nodules gliomésenchymateux à distribution péri-vasculaire.

6° *A propos de deux tumeurs rares du tissu cellulaire sous-cutané, Maladies de Unna Kaposi, calcinose sous-cutanée*, par MAFART Y., PERRELON L., BÉZÈS H., ARMENGAUD M.

Les auteurs rapportent la troisième observation de Maladie de Unna Kaposi d'A.O.F. avec atteinte cutanée discrète et atteinte osseuse généralisée.

La seconde observation est celle d'une calcinose sous-cutanée à forme pseudo-tumorale.

# LES VITA-COLLYRES

Collyres à Tonicité et pH Physiologiques

VITA-IODUROL-TRIPHOSADENINE

VITACARPINE	VITA-IODUROL	VITATROPINE
VITA - BLEU	VITASEPTINE	VITAZINC
VITARGENOL	VERT-SULFO J.	VITACHROMOL
VITASEPTINE CUPRIQUE		CORTISONE

VITASEDINE

EFFICACITE MAXIMUM TOLERANCE PARFAITE APPLICATION INDOLORE

“ Remboursables par la Sécurité Sociale ”

**LABORATOIRES H. FAURE**

8, Place de la Liberté — ANNONAY (Ardèche)

H. FAURE, Pharmacien

## LUGOCALCION A LA VITAMINE C

AMPOULES BUVABLES DE 10 CM<sup>3</sup>

Chlorure de Calcium 500 mg  
Vitamine C . . . . . 500 mg

pour 1 ampoule

Anémie et toutes déficiences organiques

## LUGOCALCION

Sirop de Chlorure de Calcium

délicieux au goût  
hémostatique

LABORATOIRES NOVALIS OÜLLINS (RHONE)



## CERTIFICAT DE TRACHOMATOLOGIE

---

Par décision de Monsieur le Ministre de l'Education Nationale en date du 19 avril 1951, l'Institut du Trachome et d'Ophtalmologie Tropicale d'Alger est autorisé à délivrer le Certificat de Trachomologie concurremment avec le Certificat d'Etudes Spéciales d'Ophtalmologie.

Afin de permettre aux médecins déjà installés de bénéficier plus facilement de cet enseignement, un cours accéléré aura lieu pendant les vacances de Pâques 1956.

### ENSEIGNEMENT

L'enseignement aura lieu à la Clinique Ophtalmologique Universitaire d'Alger et à l'Institut du Trachome et d'Ophtalmologie Tropicale, du 26 mars au 7 avril 1956. Il sera assuré sous la direction du Professeur LARMANDE, avec la collaboration de M. le Professeur TOULANT, M. le D<sup>r</sup> TIMSIT et Mlle le D<sup>r</sup> COULLIAUD-MAISONNEUVE, Chefs de Clinique, M. le D<sup>r</sup> LOISILLIER, Chef de Laboratoire des Quinze-Vingts.

*L'enseignement théorique* comportera 20 leçons.

*Un enseignement pratique* complètera l'enseignement théorique :

- Examens de malades;
- Thérapeutique médicale et par agents physiques;
- Démonstrations opératoires;
- Travaux pratiques de bactériologie.

Un examen sanctionnera cet enseignement et permettra l'attribution du Certificat de Trachomatologie.

---

Inscriptions jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 1956.

Montant des frais d'inscription : 1.400 francs (200 frs de droit d'inscription - 1.200 frs de droit de bibliothèque et travaux pratiques).

L'hébergement, à prix modique, pourrait être assuré à la Cité Universitaire.

Institut du Trachome et d'Ophtalmologie Tropicale :

Hôpital civil de Mustapha — Alger

≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090

## COMMUNIQUÉS

Association Internationale d'Hygiène  
et de Médecine Méditerranéennes

Nous recevons la lettre suivante de M. le Dr RENOUX Gérard, Prof. Agrégé, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis :

« Je représente pour la Tunisie l'Association Internationale d'Hygiène et de Médecine Méditerranéennes. Comme vous le savez, sans doute, cette association a déjà tenu des Congrès qui ont été de très grands succès, à Alger, à Palerme ou à Barcelone.

« Le 5<sup>e</sup> Congrès de cette association se tiendra à Naples dans la troisième décade de septembre 1956; il n'y aura pas de Rapport, mais des communications et quelques brèves conférences de 20 minutes au maximum, destinées à ouvrir une discussion générale.

« Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir porter cette information à la connaissance de nos confrères. Je me tiens à la disposition de tous ceux que ce Congrès intéresserait. »

## Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie

« Air-France » nous communique que, à l'occasion du Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie, à Paris du 6 au 10 mai 1956, des conditions spéciales seront appliquées à l'occasion de cette manifestation :

« Une réduction de 20 % sur deux allers simples formant aller-retour sans cumul avec la réduction habituelle aller et retour est consentie, au départ des escales de l'Afrique du Nord à destination de la France Continentale et des escales de la France Continentale à destination de Paris.

« Le voyage aller se fera dans la période du 28 avril au 10 mai inclus.

« Le voyage de retour du 6 mai au 18 mai inclus.

« Seuls les passagers justifiant de la qualité de congressistes et leurs conjoint et enfants mineurs, sur les lignes de Tunisie, pourront bénéficier de ces conditions.

« En conséquence, nous vous serions très reconnaissant de nous indiquer, dans la mesure du possible, s'il est de vos intentions de désigner une délégation à cette Manifestation afin que nous puissions vous renseigner et nous tenir à votre entière disposition quant à l'émission des billets de passages. »



## Journées Lyonnaises de Médecine

Organisées comme l'an dernier avec le concours de la Revue Lyonnaise de Médecine et placées sous le patronage de M. le Doyen HERMANN et des principales personnalités médicales lyonnaises, les Journées de Médecine auront lieu à la Faculté de Médecine de Lyon, les 20, 21 et 22 avril. Durant ces trois jours, des conférences se succéderont, qui permettront aux médecins praticiens de se tenir au courant des nouveautés thérapeutiques et des questions d'actualité médicale.

Le programme détaillé de ces Journées sera publié ultérieurement.

**DORMIR ET TRAVAILLER  
AU MILIEU DES BRUITS**

# Boules QUIES

**EVITER LES OTITES  
EN NAGEANT**

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV.

ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL

**DELICIEUSE CONFITURE LAXATIVE  
ANTISPASMODIQUE A BASE DE FRUITS D'ORIENT**

# TAMARINE

**PAS DE PRODUITS CHIMIQUES - PAS D'ACCOUTUMANCE**

**INFAILLIBLE DANS TOUS LES CAS DE STASES INTESTINALES**

Laboratoires FURT - 4, Av. de la Libération, LE BOUSCAT - BORDEAUX (Gironde)

TUNISIE : PHARMACO - 25, Rue Malta-Srira - TUNIS  
& Toutes Pharmacies

**LIVRES REÇUS :**

O. M. S.

Comité Mixte FAO/OMS d'Experts de l'Hygiène des Viandes, premier rapport. **Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques**, 1955; N° 99; 57 pages. Prix : Fr. s. 2,—, 3/6 ou \$ 0.60. Existe également en anglais et en espagnol.

La question de l'hygiène des viandes revêt une importance d'autant plus grande que le monde connaît de nos jours une pénurie d'aliments protéiques. Or, à ce problème d'ordre nutritionnel s'ajoute un problème sanitaire : même dans les pays où le niveau de l'hygiène est relativement élevé, plus de la moitié des accidents morbides d'origine alimentaire à allure épidémique sont provoqués par les viandes, notamment par les produits manipulés.

Ce sont un certain nombre de principes fondamentaux de l'hygiène des viandes qu'un Comité d'experts de la FAO et de l'OMS, composé d'hygiénistes, de vétérinaires et de nutritionnistes, s'est efforcé de dégager lors de sa première session. Son premier rapport contient des recommandations susceptibles d'être appliquées aussi bien dans les pays économiquement développés que dans les pays moins avancés.

Dans ce rapport, le Comité étudie les moyens d'améliorer la construction, l'aménagement et l'exploitation des abattoirs en vue de réduire les risques de contamination et de faciliter le dépistage des infestations et des maladies du bétail. Toutes les opérations qui se déroulent dans les abattoirs, y compris l'abattage et l'habillage, devant être soumises au contrôle du service d'inspection des viandes, le rapport traite de la technique des examens vétérinaires ante-mortem et post-mortem, des conditions dans lesquelles ces examens doivent être pratiqués et des dispositions à prendre à l'égard des carcasses présentant les manifestations pathologiques les plus dangereuses du point de vue de la santé publique.

Le rôle du laboratoire dans l'hygiène des viandes a retenu tout particulièrement l'attention du Comité. Les tests de laboratoire fournissent des éléments solides pour le jugement des carcasses suspectes. D'autre part, ils permettent d'exercer un contrôle constant sur l'hygiène de l'abattoir et sur les manipulations de la viande après sortie de l'abattoir et sont indispensables dans les enquêtes en cas d'intoxication ou d'épidémie d'origine alimentaire.

La déclaration obligatoire des cas d'intoxication alimentaire et les enquêtes épidémiologiques qui renseignent les autorités de la santé publique sur les agents pathogènes les plus fréquemment responsables et sur les aliments à incriminer font l'objet d'une section spéciale du rapport.

Le Comité examine encore plusieurs autres questions dont celle — pleine d'intérêt pour les directeurs d'écoles vétérinaires et les chefs de services d'inspection — de l'enseignement et de la formation professionnelle des inspecteurs vétérinaires et non vétérinaires.

Enfin, pour illustrer ou préciser certaines recommandations du Comité, le texte du rapport est suivi de plusieurs annexes parmi lesquelles on trouvera des plans d'abattoirs, des instructions concernant l'inspection des viandes, des descriptions d'examens de laboratoire, une formule-type pour les enquêtes sur les intoxications alimentaires à allure épidémique et un choix de publications sur l'hygiène des viandes.



**Lutte contre les insectes dans le trafic aérien international.** Aperçu de législation sanitaire comparée.


Tirage à part N° 3 du Volume 6 du *Recueil International de Législation Organisation Mondiale de la Santé*, Genève. Prix : Fr. s. 2.-- Publié également en anglais.

Les aéronefs peuvent transporter un nombre important d'insectes d'un pays à l'autre, parmi lesquels de redoutables vecteurs de maladies telles que la fièvre jaune, le paludisme, la filariose, etc.

En dehors du Règlement sanitaire international dont certaines clauses visent la prévention des maladies transmissibles par l'intermédiaire d'insectes vecteurs dans le trafic aérien, un certain nombre de pays ont institué des règlements locaux destinés à prévenir l'introduction par air dans leurs territoires d'insectes vecteurs de maladies.

L'étude de l'O.M.S. donne un aperçu analytique des règlements relatifs à la désinsectisation dans 98 pays et territoires. Parmi les chapitres que cette étude comporte, il convient de relever en particulier : prescriptions de désinsectisation, moment où elle a lieu, méthodes, insecticides utilisés, doses et durée d'application, mesures tendant à prévenir la propagation de parasites agricoles.

L'étude comprend également un résumé des recommandations adressées à l'O.M.S. par ses organismes consultatifs quant à la désinsectisation des aéronefs.

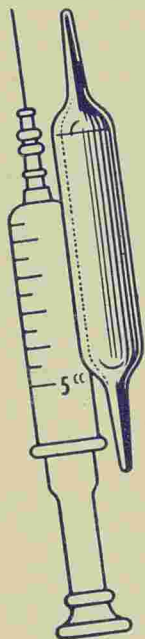
  
**SYMPATHYL**  
 RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF  
 3 à 8 comprimés  
 par jour  
 INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - TUNIS

Imp. BASCONE & MUSCAT — 41, Av. de Londres — TUNIS  
 Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS



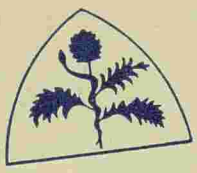
AZOTÉMIE  
SCLÉROSE  
OLIGURIES



*Métabolisme  
de l'azote  
du cholestérol  
et de l'eau*

# CHOPHYTOL

INJECTABLE



AMPOULES DE 5<sup>cc</sup>  
TOUTES VOIES  
DRAGÉES ET GOUTTES  
PER OS  
SUPPOSITOIRES  
SIMPLES et COMPOSÉS

*Remboursé par la Sécurité Sociale*

LABORATOIRES ROSA - II, RUE ROGER-BACON - PARIS

# BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**

# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |  |                              |                        |
|--|------------------------------|------------------------|
| — Le Rédacteur en Chef .....   | D <sup>r</sup> M. UZAN       | } Comité<br>de lecture |
| — Le Rédacteur en Chef Adjoint .....                                 | D <sup>r</sup> J. CUÉNANT    |                        |
| — Le Président de la Société des Sciences Médicales .....            | D <sup>r</sup> R. LADJIMI    |                        |
| — Messieurs les .....  | D <sup>r</sup> H. BONAN      |                        |
|  | D <sup>r</sup> M. HADJOUDJ   |                        |
| — Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....           | D <sup>r</sup> G. BORSONI    |                        |
| — Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre .. . | D <sup>r</sup> G. VALENSI    |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien .....       | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens .. . . . | D <sup>r</sup> S. AMAR       |                        |

Administration : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247-255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.





# *Terramycine*\*

OXYTÉTRACYCLINE

**INTRAMUSCULAIRE**

Flacon dosé à 0,100 g.  
de Chlorhydrate de Terramycine

- **premier antibiotique  
à large spectre  
en solution aqueuse  
Intramusculaire**

\* Marque de Fabrique de CHAS. PFIZER & C<sup>o</sup>, Inc

*Pfizer*

**LABORATOIRES CLIN-COMAR** 20, RUE DES FOSSÉS-ST.-JACQUES - PARIS - TÉL. ODÉON 27-20

## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> partie)

<i>Allocution prononcée par S. Exc. le D<sup>r</sup> MOKADDEM, Ministre de la Santé Publique, à la séance inaugurale de la Société des Sciences Médicales</i> . . . . .	145
<i>Les aménorrhées et leurs causes, par le D<sup>r</sup> G. VALENSI</i> . . . . .	147
<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie (Vendredi 20 janvier 1956)</i> . . . . .	171
<i>Kyste hydatique frontal opéré chez une petite européenne de cinq ans, par le D<sup>r</sup> L. CHATENIER</i> . . . . .	173
<i>Résultats du traitement de la méningite tuberculeuse à l'Hôpital Charles Nicolle depuis l'isoniazide, par S. BENMUSSA, R. DIDIER, R. ZANA, HASSIBA GHILEB et Mireille SAMAMA</i> . . . . .	177
<i>Réaction-surprise à la suite de l'application d'une pommade antifongique à base de tétra-méthyl-thiuram, par le D<sup>r</sup> Elie COHEN-HADRIA</i> . . . . .	187

# BILAMIDE-CILAG

Oxyméthylamide de l'acide pyridine-3-carbonique

une même molécule  $\times$  2 agents thérapeutiques — l'amide nicotinique — un aldéhyde bactéricide

**CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE A TROPISME BILIAIRE**

- \* BACTÉRICIDE
- \* PROTECTEUR HÉPATIQUE ET CHOLÉRÉTIQUE
- \* ANTISPASMODIQUE

Remboursable par  
la Sécurité Sociale

**SANS  
GROUPEMENT  
SULFAMIDE**



**LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16<sup>E</sup>**

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille, TUNIS



# ANTIBIOTIQUE DERMATOLOGIQUE DE SYNTHÈSE

# Exofène

2, 2' - DIHYDROXY - 3, 5, 6, 3', 5', 6' - HEXACHLORODIPHÉNYLMÉTHANE



**NOUVEAU**

*Efficacité des antibiotiques fongiques  
sans risques d'eczématisation ni  
de sensibilisation*

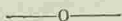
LABORATOIRES MIDY, 67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17<sup>e</sup>

AGENTS DÉPOSITAIRES : SOCIÉTÉ SPÉCIMEDHY, 37, RUE D'ISLY, TUNIS

DRAEGER



# SOMMAIRE (2<sup>me</sup> partie)



*Un cas de meningite à Salm. typhi chez le nourrisson, par les*  
 D<sup>rs</sup> M. KHIARI et G. RENOUX . . . . . 191

*Société de Médecine de Paris* . . . . . 197

*Société Médicale des Hôpitaux d'Alger* . . . . . 199

*Société Médicale de l'A.O.F.* . . . . . 205

*III<sup>e</sup> Congrès International de Médecine néo-hippocratique* . . . . 211

*Nouvelles revues médicales* . . . . . 215

*Agrégation* . . . . . 217

*Deuils* . . . . . 217

*Livres reçus* . . . . . 219

*Le Livre Blanc 1956* . . . . . 224

SPÉCIALITÉ NOUVELLE

# vicéine

**Antalgique  
Antipyrétique  
Analeptique  
à la vitamine C**

ADULTES	<b>COMPRIMÉS</b>	Acide métylsalicylique . . . . . 0,40 g Para-acétylsalicylique . . . . . 0,20 g Citrate de phényl-L-amino-2-propane . . . . . 0,003 g Hydrate d'oxyde d'alumine . . . . . 0,10 g Acide ascorbique . . . . . 0,05 g	pour un comprimé
ENFANTS	<b>SUPPOSITOIRES</b>	Acide métylsalicylique . . . . . 0,20 g Sulfate de quinine . . . . . 0,04 g Citrate de caféine . . . . . 0,02 g	pour un suppositoire

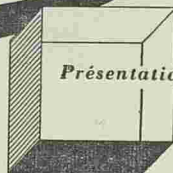
Laboratoire **ROGER DELON** Neuilly Paris

anti-rhumatismal

# cortalgone

*l*-ascorbo- $\alpha$ -phénylquinoléine- $\gamma$   
carboxylate de strontium.

*a*nti-algique  
*a*nti-inflammatoire  
*a*ntipyrétique  
*a*toxique



**Présentation :** Boîte de 40 et 100 dragées  
(remboursées par la S. S.)

**Posologie :** 6 à 12 dragées par jour  
à intervalles réguliers entre les repas

laboratoires *Biosedra*

28, Rue Fortuny — Paris 17<sup>e</sup>

Tél. : Carnot 20.22 et 23

TUNISIE : R. FALDINI — 8, Rue d'Avignon — TUNIS

## Discours du Docteur R. LADJIMI

PRESIDENT

---

*Monsieur le Représentant du Ministre de la Santé Publique,*

Je vous prie de bien vouloir remercier au nom de tous les confrères Son Excellence de tout l'intérêt qu'elle porte à notre chère Société.

Nous vous prions également de vouloir bien demander à Son Excellence de transmettre à Notre Auguste et Vénéré Souverain Son Altesse Sidi Lamine Pacha Bey, l'assurance de notre indéfectible attachement et de notre vive gratitude.

*Monsieur le représentant du Chef de la Mission Universitaire et Culturelle,*

Nous vous prions de vouloir bien présenter à Monsieur le Haut Commissaire de France en Tunisie, notre hommage très respectueux et nos remerciements très sincères pour l'aide constante et les encouragements que nous avons toujours trouvés auprès de vos services.

*Mes Chers Confrères,*

Je ne chercherai pas à dissimuler le sentiment d'émotion profonde qui m'étreint en prenant possession de ce fauteuil; mais cette émotion est compensée par une joie non moins profonde : la joie de sentir votre confiance, votre estime et de voir vos suffrages unanimes me porter à la présidence de notre Société.

Je vous en exprime toute ma gratitude et du fond du cœur je vous en remercie.

A mon excellent ami le D<sup>r</sup> BENUMSSA qui me passe le flambeau de la présidence, je voudrais lui dire toute ma sympathie et toute mon admiration. Il a été un Président modèle dans le sens strict du terme : impartial, il a dirigé avec maîtrise et compétence nos discussions.

Je tâcherai de suivre son exemple et de mériter votre confiance. Je ne me dissimule pas l'ampleur de la tâche qui m'attend : notre Société se développe d'année en année, grâce à vos travaux, à vos communications, à votre assiduité et à vos encouragements.

Les connaissances médicales avancent à pas de géant et leur progrès déborde les médecins. Nous sommes obligés de nous tenir au courant des progrès des sciences médicales; c'est dans cette maison que nous venons nous informer et nous mettre au courant des méthodes et techniques nouvelles. Chaque année, quelques-uns de nos maîtres éminents viennent donner des conférences sur des sujets d'actualité médicale : ce qui ne fait qu'enrichir encore nos connaissances.



Grâce à vos travaux, la Tunisie peut être fière d'avoir une élite médicale qui lui fait honneur. Notre Bulletin « La Tunisie Médicale », grâce au dynamisme et à la compétence de son rédacteur en chef le D<sup>r</sup> Maurice UZAN, est publié chaque mois et diffusé aux quatre coins du monde, avec des articles et des travaux qui font honneur à leurs auteurs.

J'ai confiance dans l'avenir et je suis sûr que notre Société continuera à progresser et à s'enrichir de vos apports scientifiques.

Vos discussions, je les dirigerai avec toute l'autorité et la sagesse d'un DUPROUX et toute la subtilité et la finesse d'un BENMUSSA.

Je voudrais émettre un vœu : celui de voir les confrères venir de plus en plus nombreux à nos séances et prendre part à nos débats afin de donner encore et toujours plus de vitalité à notre Société qui progresse depuis 54 ans et qui, au cours de son existence n'a jamais fléchi.

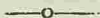
Si le Syndicat Médical est bicéphale, si le conseil de l'ordre n'était pas viable, il y a dans tous les cas une entité qui, elle, ne souffre aucune discussion et qui rallie l'unanimité du corps médical, c'est notre Société : c'est le domaine scientifique, le terrain neutre en quelque sorte où tous les confrères viennent échanger leurs idées et enrichir leurs connaissances pour savoir toujours davantage et où n'ont jamais cessé de régner la bonne entente et l'esprit de franche camaraderie.

Cette bonne entente, mes chers confrères, je tâcherai de la maintenir intacte; j'essayerai de fortifier encore l'amitié et la cohésion qui font que nous, médecins, nous appartenons à une même famille, ayant été formés à la même école, étant en contact avec les mêmes souffrances, cherchant toujours à apprendre, toujours à se documenter, toujours à se perfectionner et tendant vers le même but, celui d'étendre les bienfaits de la médecine autour de nous.

Mais cette bonne entente, Messieurs, n'est-elle pas encore elle-même, un de ces bienfaits de la médecine, puisque nous la devons justement à notre formation et à notre esprit médical : sachons la maintenir et la consolider pour le bien de tous et veillons sur elle jalousement.

## ALLOCATION

prononcée par Son Excellence le Docteur S. MOKADDEM, Ministre de la Santé Publique, à la séance inaugurale de la Société des Sciences Médicales de Tunisie, le 20 Janvier 1956



Monsieur le Président,

Mes Chers Confrères,

Mesdames, Messieurs,

Je me réjouis particulièrement de l'occasion qui m'est offerte de me retrouver avec vous au sein de notre vénérable Société, et c'est avec beaucoup d'empressement que je réponds à l'invitation qui m'a été transmise par mon excellent ami, le Docteur LADJIMI.

Chargée de gloire et d'années, la Société des Sciences Médicales de Tunisie poursuit sa marche sur la voie tracée par nos illustres anciens. Elle a conquis ses lettres de noblesse de longue date et s'est fait connaître bien au-delà des frontières du Royaume, contribuant ainsi à la renommée de la Tunisie un peu partout à travers le monde et singulièrement à travers les pays situés autour de la Méditerranée, cette mer qui constitue un des hauts lieux de l'esprit et le point de rencontre de nombreuses civilisations et de cultures variées.

Au moment où la Tunisie accède au stade d'Etat Souverain et Autonome, il convient de souligner cet aspect remarquable de l'activité de la Société des Sciences Médicales de Tunisie, et de lui en rendre un hommage public et solennel au nom du Gouvernement.

Mes Chers Confrères, nous devons nous attacher, non seulement à maintenir le renom de notre Société, mais surtout à l'accroître et à l'étendre par la qualité des communications et des travaux et par la haute tenue des débats.

J'ai la conviction que, sous la ferme et souriante autorité de son Président, le Docteur LADJIMI, la Société des Sciences Médicales de Tunisie poursuivra son essor et se révélera digne des traditions que lui ont léguées nos anciens.

Je voudrais, en terminant, vous renouveler l'assurance que vous continuerez à trouver auprès du département de la Santé Publique et auprès de moi-même, l'appui et les concours nécessaires à l'accomplissement de votre mission.



Traitement  
d'attaque  
des troubles  
menstruels

## LUTOGYNŒSTRYL **fort**

éthinyloestradiol . . . . . 0,040 mg.      PAR COMPRIMÉ  
anhydroxyprogestérone . . . . . 40 mg.

TUBE DE 10 COMPRIMÉS

*2 comprimés par jour pendant  
5 jours, huit jours avant la date  
présumée des règles.*

TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
**LUTOGYNŒSTRYL**

### LES LABORATOIRES ROUSSEL

140<sup>bis</sup>, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS (VI<sup>e</sup>)**

**ALGER** : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.

**TUNIS** : O.S.P., 10, rue Amilcar.

**CASABLANCA** : Sté Maroc des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.

**SAIGON** : Laboratoires ROUSSEL, 26, rue Lagrandière.

**AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE** : Adresser les demandes aux  
Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VI<sup>e</sup>)



## Les Aménorrhées et leurs causes (1)

par le D<sup>r</sup> G. VALENSI

—o—

### DÉFINITION :

L'aménorrhée est l'absence d'écoulement menstruel. Cette définition simple doit être précisée :

— L'écoulement menstruel peut exister, mais ne pas s'extérioriser, étant retenu soit dans le vagin : *c'est l'hématocolpos* ;  
soit dans l'utérus : *c'est l'hématométrie*.

Il s'agit dans l'un et l'autre cas de *cryptoménorrhée* (Le Lorier).

— D'autre part, il existe des *aménorrhées physiologiques* (grossesse, lactation, prépuberté, ménopause) dont nous ne parlerons pas ici.

— Enfin s'il est des aménorrhées indiscutables, la femme n'ayant jamais été réglée (*aménorrhée primaire*) ou bien, sa menstruation jusque là plus ou moins normale ayant définitivement disparu (*aménorrhée secondaire*).

— Il en est d'autres où les règles surviennent à de très longs intervalles (plusieurs mois).

On a inventé pour ces cas le terme de : *spanioménorrhée*.

### INTÉRÊT DE LA QUESTION :

L'aménorrhée tourmente habituellement les malades ou leur entourage, bien moins à cause des maux (inconstants) qui l'accompagnent, que de la stérilité qui semble en résulter (pas toujours d'ailleurs). Dans notre pays, une femme non réglée est une véritable infirme, diminuée physiquement et moralement, qui risque de ne jamais se marier ou d'être répudiée.

A cet intérêt social s'ajoute un intérêt médical : l'étude des aménorrhées s'est considérablement modifiée depuis les progrès récents de l'hormonologie sexuelle. Elle en a beaucoup bénéficié, puisque des résultats spectaculaires sont obtenus maintenant, là où nos anciens étaient impuissants.

Elle en a aussi subi le contre-coup car, à n'envisager l'aménorrhée que sous l'angle de l'endocrinologie on a un peu perdu les notions cliniques et thérapeutiques classiques et abouti ainsi dans bien des cas, à des échecs par abus de l'hormonothérapie.

---

1) Leçon faite dans le service du D<sup>r</sup> BENMUSSA à l'Hôpital Charles Nicolle en mai 1955.

C'est une des questions qui illustre le mieux ce qu'on peut appeler *les grandeurs et les misères de l'hormonologie sexuelle*.

#### L'ÉCOULEMENT MENSTRUEL ET SON DÉTERMINISME :

Pour comprendre pourquoi l'écoulement menstruel tarit, il faut au moins savoir comment il se produit. On ne sait pas tout sur le déterminisme de la menstruation. Résumons les très grandes lignes de nos connaissances anciennes et récentes :

##### 1° *L'écoulement* lui-même qu'en savons-nous ?

On sait au moins que *ce n'est pas du sang*. C'est un liquide rouge plus ou moins foncé qui est du sang défibriné donc *incoagulable*.

Il contient entre autres de l'Arsenic, du plomb, du glycogène, de la folliculine, plus que dans le sang circulant.

D'où viennent donc ces modifications curieuses ? On ne le sait pas entièrement. On sait cependant qu'elles se produisent dans *l'endomètre*.

##### 2° *Les modifications de l'endomètre* :

On disait autrefois que l'écoulement se produisait après la chute de la muqueuse utérine, lorsque celle-ci avait terminé le cycle de son évolution folliculaire et lutéale.

Il semble que ce soit le contraire qui soit vrai : MARKEE de Baltimore, étudiant à l'ophtalmoscope des grêffes d'endomètre dans la chambre antérieure de l'œil de macaques, a observé toute une série de modifications vasculaires précédant immédiatement l'écoulement menstruel.

L'endomètre s'affaisse et pâlit, puis il se colore en rouge foncé (stase), puis se produit une vase-constriction des artères spirales, aboutissant à la nécrose et à des hémorragies sous épithéliales. Sous la pression de ces hémorragies, l'hépithélium se détache et s'élimine avec le flux menstruel.

Ainsi l'hémorragie précède la chute de la muqueuse.

##### 3° *Pourquoi se produisent ces modifications de l'endomètre* :

a) Il semble que ces modifications vasculaires sont immédiatement déterminées par *l'action du système vasculo-nerveux périphérique*. C'est la thèse qu'a soutenue SOSKIN en invoquant l'action locale du para-sympathique et de l'acétycholine au niveau des vaisseaux de l'endomètre.

b) Mais ce déterminisme immédiat est lui-même dû incontestablement à une action des hormones ovariennes dont le mécanisme n'est pas entièrement éclairci.

# TRISULFAZINE-AURÉOMYCINE THERAPLIX

★

## COMPRIMÉS

FLACON DE 12 - (TABLEAU C)

TRAITEMENT ANTI-BACTÉRIEN GÉNÉRAL  
DES INFECTIONS A GERMES SULFAMIDO  
ET AURÉOMYCINO-SENSIBLES

ADULTES : 4 A 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

ENFANTS : 2 A 3 COMPRIMÉS PAR JOUR

★

## POUDRE

FLACON-POUDREUR DE 10 G.

TRAITEMENT ANTI-BACTÉRIEN LOCAL  
EN CHIRURGIE, O. R. L., STOMATOLOGIE,  
OPHTALMOLOGIE, GYNÉCOLOGIE

RECOUVRIR CHAQUE JOUR LA  
SURFACE DES LÉSIONS D'UNE  
LÉGÈRE COUCHE POUDREUSE

98, RUE DE SÈVRES - PARIS-VII<sup>e</sup>

THERAPLIX



AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

CASABLANCA : 103, Rue Dumont d'Urville

ALGER : 100, Rue Michelet



On admet généralement le rôle de la *privation hormonale* qui se produit à la fin de l'évolution du cycle folliculaire.

La sécrétion folliculaire favorise l'hyperplasie de l'endomètre. Celle du corps jaune y déclenche ensuite une activité sécrétoire intense. Enfin au moment de l'involution du corps jaune, brusquement privé de sa « nutrition hormonale », l'endomètre se flétrit et la menstruation se produit.

L'aménorrhée peut donc se produire dans deux conditions :

Ou bien le cycle folliculaire ne se produit pas (ou il est incomplet) : l'endomètre ne subit aucune ou peu de modification et n'a donc pas l'occasion de se flétrir.

C'est une aménorrhée par absence d'hormone : *une aménorrhée hypo-hormonale*.

Ou bien le cycle commence, mais ne s'interrompt pas, les hormones folliculaires ou lutéiniques continuent à imprégner la muqueuse utérine qui ne subit donc pas la régression de privation hormonale.

Ce sont des *aménorrhées hyperhormonales*.

c) Le rôle des hormones ovariennes est soumis lui-même à l'*action des hormones hypophysaires*.

On admettait, vous le savez, l'action successive sur le follicule ovarien des gonadotrophines folliculino-stimulants (F.S.H.), puis lutéino-stimulants (L.H.). On admet de plus actuellement (bien que cela ne soit vraiment prouvé que chez la rate) l'action d'une troisième hormone lutéotrophe (L.T.H.) ou prolactine dont la sécrétion serait « stimulée » par l'hypothalamus.

La carence, l'excès ou le déséquilibre de ces hormones hypophysaires peut donc aboutir à l'*aménorrhée dite hypophysaire*, que l'on oppose ainsi théoriquement aux *aménorrhées ovariennes*.

### PATHOGENIE DE L'AMENORRHEE

De cette construction théorique, ingénieuse et généralement vraie, découle une conception pathogénique de l'aménorrhée qui est très à la mode actuellement.

Pour la plupart des auteurs, en présence d'une aménorrhée, l'essentiel est de savoir :

- 1) S'il s'agit d'une aménorrhée Hypophysaire ou ovarienne;
- 2) S'il s'agit d'une aménorrhée Hypo-hormonale ou Hyper-hormonale et le diagnostic « pathogénique » établi, il suffirait de substituer là où les hormones déficientes ou de « freiner » l'action des hormones en excès pour déclencher une menstruation absente.

Or, cette orientation diagnostique et thérapeutique, si elle a permis parfois d'obtenir des résultats immédiats, spectaculaires, ne laisse

pas d'être souvent décevante parce qu'elle simplifie à l'excès un problème très complexe.

I) Les *Hormones ne sont pas tout* et dans certains cas, nous le verrons, elles ne jouent aucun rôle dans le déterminisme de l'aménorrhée.

II) Les *Hormones « sexuelles » elles-mêmes, ne sont pas seules en cause.*

Les sécrétions de la thyroïde ou la cortico-surrénale par exemple, peuvent aussi intervenir.

III) Enfin même si le diagnostic hormonal est exact la thérapeutique qui en découle est parfois bien décevante. Elle n'est qu'une thérapeutique substitutive qui doit être prolongée très longtemps, son action disparaissant dès qu'on cesse le traitement. Aussi n'a-t-on obtenu généralement qu'une guérison apparente.

Ces échecs de l'hormonothérapie tiennent en vérité à ce que ce « diagnostic » ne conduit pas au véritable diagnostic *étiologique* qui seul permet une thérapeutique *rationnelle*.

Pour bien comprendre l'étude des aménorrhées, il faut souvent aller au-delà de l'explication pathogénique. Il ne faut pas perdre de vue les notions cliniques et anatomo-cliniques qui restent, même en gynécologie, le fondement de notre connaissance. Il faut, en particulier, avoir présent à l'esprit que :

a) l'examen d'une aménorrhée doit être avant tout un *examen clinique* comprenant l'interrogatoire, l'inspection, la palpation, le toucher. Cet examen s'il est complet et bien fait, nous met souvent sur la voie du véritable diagnostic, diagnostic *étiologique*, rendant inutile l'exploration dite « fonctionnelle ». Celle-ci, dont il ne s'agit pas de diminuer la valeur, ne doit intervenir qu'après et n'être appréciée qu'à la lumière de l'enquête clinique.

b) *L'aménorrhée n'est qu'un symptôme* qui peut s'observer au cours d'affections nombreuses. Ce sont ces maladies s'il s'agit de déceler pour les guérir et par là même guérir le symptôme aménorrhée.

La menstruation, nous l'avons vu, exige pour se produire l'intervention de : 3 organes : utérus, ovaire, hypophyse;

4 hormones au moins;

2 systèmes : nerveux et vasculaires.

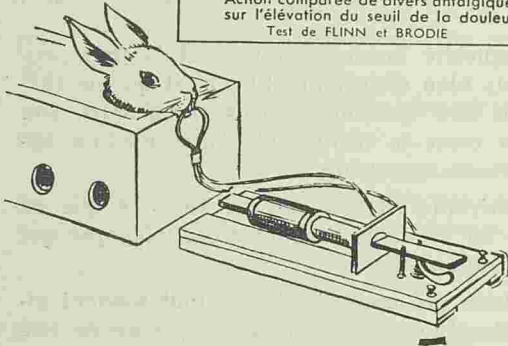
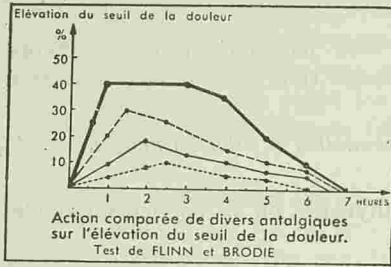
Une lésion ou un déséquilibre de l'un ou l'autre de ces organes ou systèmes, peut être cause d'aménorrhée.

Il faut donc, autant que possible essayer de rechercher systématiquement le ou les éléments qui interviennent, afin d'en corriger les défauts, les excès ou les vices.

Voyons donc d'abord, ce que la clinique peut nous apprendre des causes des Aménorrhées,

**NOUVEAU**

**ÉLEVATION MAXIMA DU SEUIL DE LA DOULEUR  
PAR L'ESTER SALICYLIQUE  
DU N-ACÉTYL PARA AMINOPHÉNOL**

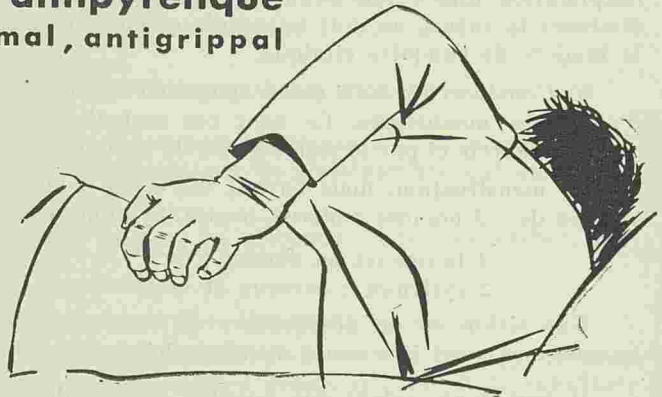


**PARALGAN**

**antalgique, antipyrétique  
antirhumatismal, antigrippal**

**POSOLOGIE**  
ADULTES :  
6 à 9 dragées par jour  
par prises de 2 à 3 selon  
les besoins  
ENFANTS :  
1 à 3 dragées par jour

Remboursé par la S.S.



LABORATOIRES SOBIO

**SOBIO**

20, RUE D'AUMALE - PARIS

ALGERIE : Toutes Pharmacies

MAROC : Ets PÉLISSARD - 16, Rue Dumont d'Urville - CASABLANCA.

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS



Nous nous tiendrons à la division traditionnelle en *Aménorrhée primaire et secondaire*, malgré les inconvénients qu'elle comporte. Elle a, nous le verrons l'avantage de nous rapprocher davantage de la clinique et d'éviter de nous faire tomber d'emblée dans le « travers » pathogénique.

### AMENORRHEES PRIMAIRES

On peut distinguer 3 types cliniques très différents :

- A) *Aménorrhées par anomalies des organes génitaux;*
- B) *Aménorrhées avec anomalies staturales ou pondérales;*
- C) *Aménorrhées apparemment solitaires :*

#### A) AMÉNORRHÉE PAR ANOMALIES DES ORGANES GÉNITAUX

##### I) *Pseudo-hermaphrodisme :*

a) Il peut s'agir de ce que Pozzi appelait les androgynoïdes réguliers vulviférés : ce sont en réalité des hommes ayant l'aspect extérieur féminin; l'examen de la vulve décèle des anomalies évidentes et dans la région inguinale l'on trouve parfois 2 « glandes » qui sont des testicules. Vous redressez ainsi une erreur d'état civil à propos d'une aménorrhée qui n'en est pas une.

b) Quant aux gynandroïdes nous en reparlerons plus loin à propos des aménorrhées par excès d'androgènes.

##### II) *Absence congénitale de vagin et d'utérus :*

Combien de jeunes filles n'avons-nous pas vues qui étaient traitées sans résultat par toute la gamme des hormones sexuelles et chez qui un simple examen local aurait évité cette thérapeutique inutile et coûteuse.

Remarquons que dans ces cas les caractères sexuels secondaires sont conservés car il s'agit d'aplasie mullérienne et que les ovaires sont souvent normaux. Il n'en est pas de même dans la catégorie suivante.

#### B) AMÉNORRHÉES AVEC MODIFICATION STATURALE ET PONDÉRALE :

Ici les organes génitaux sont normaux (ou à peu près).

Il nous semble qu'on peut classer ces aménorrhées en :

- 3 types : les naines;
- les obèses;
- les maigres.

I) *Les naines :* Nous ne traiterons pas ici la vaste question des divers infantilismes qui s'accompagnent plus ou moins fréquemment d'aménorrhée. Celle-ci n'est alors qu'un épiphénomène et c'est l'infantilisme qui préoccupe le plus, famille et médecin. Nous dirons seulement quelques mots de *syndrome de Turner* dont on parle d'autant plus qu'on en observe moins.

A l'aménorrhée s'ajoute :

- l'absence de caractères sexuels secondaires;
- une petite taille;
- des malformations diverses, en particulier du cou (cou palmé) et des avant-bras, avec retard de l'ossification des os des membres;
- parfois un rétrécissement de l'isthme de l'aorte;
- de la surdité;
- un retard intellectuel.

Anatomiquement *les ovaires sont aplasiés.*

C'est une *aménorrhée d'origine ovarienne primitive*, car le dosage des F.S.H. (qui sont augmentés) prouve que l'hypophyse n'est pas en cause.

Comment traiter ces malades ?

La thérapeutique substitutive ovarienne déclenche les règles, mais elle risque, si elle est commencée trop tôt, de fixer le nanisme par ossification précoce et définitive.

Peut-être vaut-il mieux agir sur la taille en prescrivant des hormones mâles qui ont donné parfois une augmentation de celle-ci et n'intervenir qu'ultérieurement sur l'aménorrhée.

Signalons enfin qu'EZES, d'Alger, a rapporté un cas où la cure chirurgicale de la coarctation avait permis ultérieurement le développement des ovaires.

II) *Les obèses* : L'aménorrhée est un symptôme fréquent des obésités de l'adolescence et de la femme jeune, qu'il s'agisse de *syndrome adipo-génital* type Babinski-Frœlich ou de *Myxœdème*.

Son traitement fait alors partie du traitement général de l'une ou l'autre de ces obésités.

Signalons à propos de Myxœdème que certains ont pensé que la coexistence de l'aménorrhée était la preuve de l'origine hypophysaire de l'insuffisance thyroïdienne.

Or, dans bien des cas de Myxœdème, nous avons observé l'établissement de la menstruation par le seul effet de l'extrait thyroïdien (STATMAN et LERMANN ont d'ailleurs montré que la thyroxine augmentait la prolanurie).

III) *Les maigres*, enfin, peuvent être affligées d'une absence primitive de règles. Ce sont des jeunes filles graciles, menuës, aux doigts effilés, aux articulations souples, voir lâches, dont on pense que la maigreur est d'origine hypophysaire.

Ne vous pressez pas de les soumettre au traitement par les Gonadotrophines, vous risquez par la production d'anti-hormone d'en amoindrir l'effet et vous obtiendrez souvent de surprenants résultats,

# UN IMPLANT LIQUIDE:

50, 100 et 250 mgr. pour 1cc

- solution huileuse limpide
- concentration maxima
- retard maximum: 3 à 5 semaines

## ANDROTARDYL POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS  
SERVICE SCIENTIFIQUE :  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VII<sup>e</sup>  
TEL. INV 74-19

TUNISIE — R. FALDINI, 8, Rue d'Avignon — TUNIS



en améliorant et l'hygiène et l'alimentation, en prescrivant de la vitamine B et parfois grâce à la diathermie hypophysaire.

### C) AMÉNORRHÉES ISOLÉES

Il est difficile de déceler la cause de ces aménorrhées apparemment solitaires.

Cherchez bien et vous trouverez :

- des antécédents d'infections aiguës chroniques, contemporaines de la puberté et en particulier : *oreillons, thyphoïde, méningite* ou encore *tuberculose* : (pleurésie, ascite, ou tuberculose pulmonaire). Dans ce dernier cas ne vous pressez pas de les traiter, l'aménorrhée peut-être définitive et vous risquez par une thérapeutique intensive et intempestive de réveiller le mal endormi;
- *une carence alimentaire* : c'est la classique aménorrhée des pensionnats et couvents qui est plus fréquente que vous ne l'imaginez. Il suffit d'alimenter les malades en insistant sur les protides, les graisses, et la vitamine B pour que les règles apparaissent;
- *enfin anémies graves et cardiopathie*, sont parfois à l'origine d'aménorrhées primaires.

Soignez la cause - le symptôme guérira - et si vous ne trouvez aucune de ces causes, ne vous hâtez pas de prescrire un traitement hormonal. Il peut s'agir de *puberté retardée* : le traitement hormonal risque en accélérant l'ossification, d'empêcher la croissance normale. Aussi avant 17 ans ne le tentez pas en cas d'aménorrhée primaire solitaire. Avec de la patience tout peut s'arranger spontanément.

### AMENORRHEES SECONDAIRES

Le diagnostic et le traitement se posent différemment suivant que l'aménorrhée :

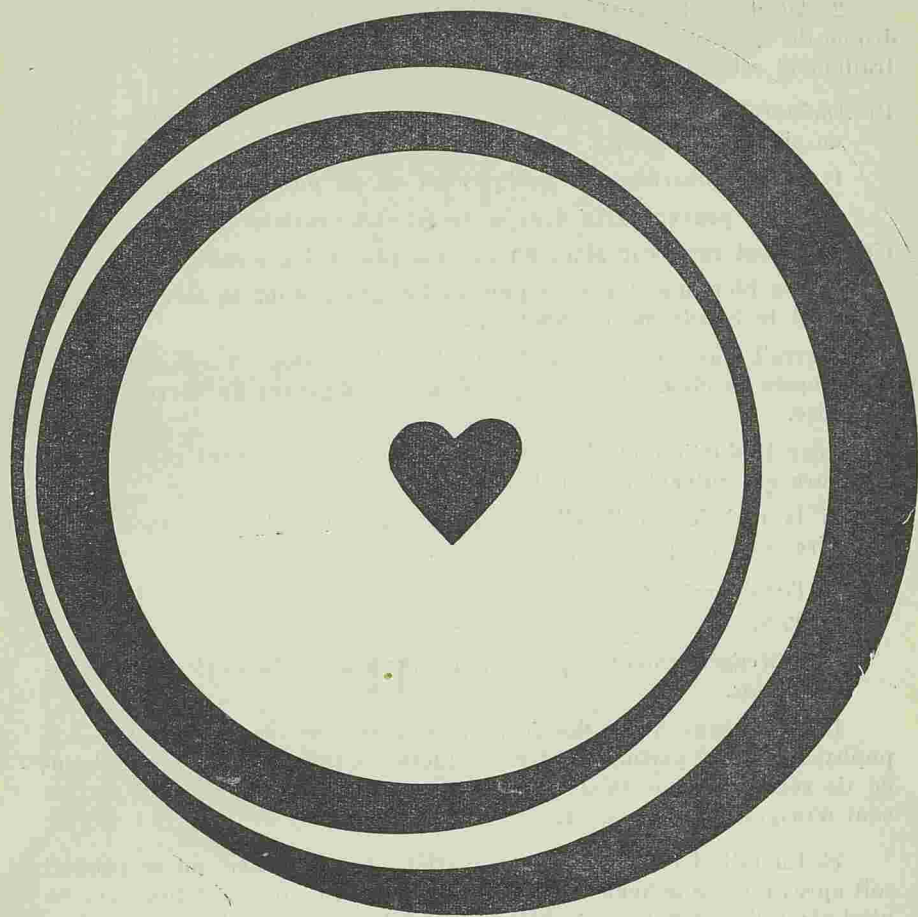
- A) est un épiphénomène au cours d'une affection déjà connue;
- B) qu'elle apparaît au cours des circonstances très particulières qui en éclairent l'origine;
- C) qu'elle apparaît sans raison.

#### A) AMÉNORRHÉES ÉPIPHÉNOMÉNALE

Elle peut survenir :

1° Au cours d'*infections aiguës* (méningite, oreillons, tuberculose), ou *chroniques* : la tuberculose (nous reparlerons plus loin des aménorrhées tuberculeuses);

Généralement l'infection guérie, deux ou trois mois après, les règles reviennent;



**IODAMELIS "P"**

ESCULOSIDE

Varices • Hémorroïdes • Puberté • Ménopause



2° Au cours d'une *endocrinopathie* en évolution : acromégalie, syndrome de Cushing, Diabète, dont elle est souvent le premier signe. Son traitement est alors celui de l'une ou l'autre de ces malades.

B) *Aménorrhée apparaissant dans des circonstances particulières* qui en signalent l'origine :

1° *Les aménorrhées du post-partum ou du post-abortum;*

a) Elles peuvent être dues à l'*infection* génitale (utérine ou ovarienne). C'est rare, car alors on observe plutôt des ménométrorragies;

b) Ou bien une lésion hypophysaire grave dont la forme la plus nette est le *Syndrome de Shehann*.

On sait que SHEHANN a décrit dans les suites d'accouchements, compliqués de choc hémorragique, des lésions graves de nécrose hypophysaire.

Leur traduction clinique est le plus souvent la mort rapide dans les jours qui suivent l'accouchement.

Si la malade survit, elle présente des signes d'insuffisance hypophysaire dont les plus fréquents sont :

— *l'aménorrhée;*

— *l'absence de montée laiteuse;*

— *l'amaigrissement rapide allant jusqu'à la cachexie, type Simons.*

Il existe sans doute des formes mineures de ces insuffisances hypophysaires post-partum dont la traduction clinique est la seule absence de règles et pour BÉCLÈRE, toutes ces aménorrhées du post-partum sont d'origine hypophysaire.

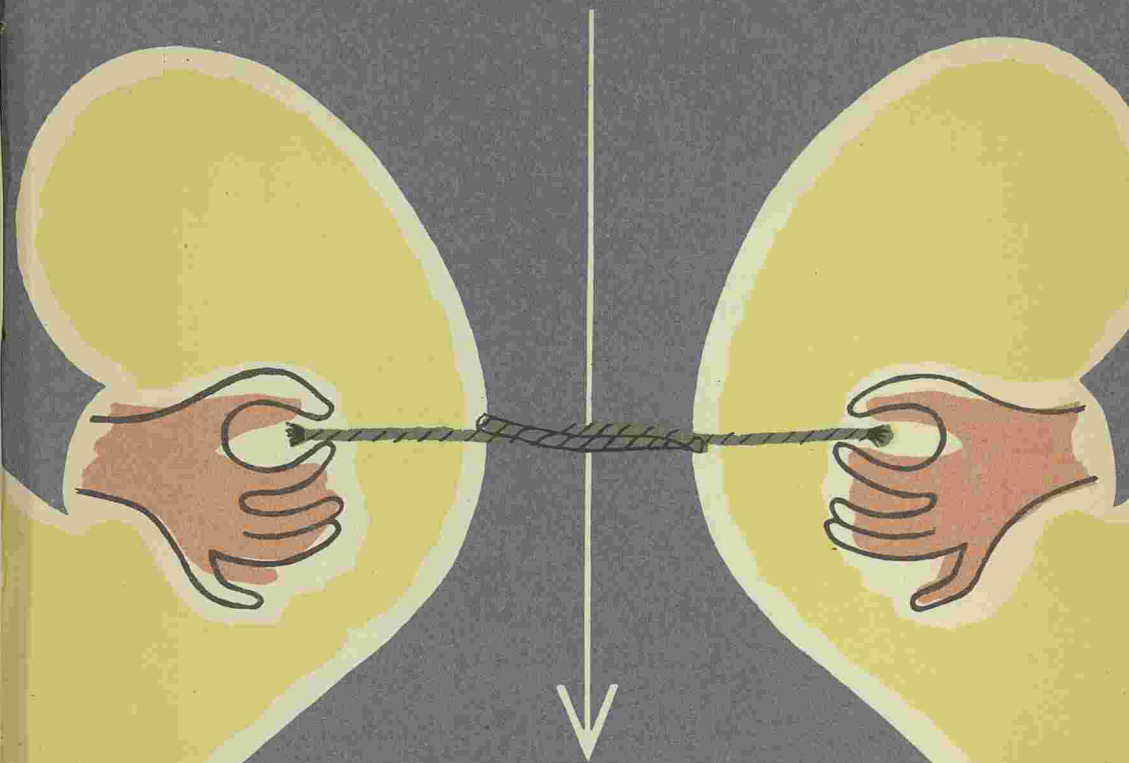
c) En fait il existe une autre variété d'aménorrhée qui se produit soit après un accouchement, soit après une fausse couche et dont la cause n'est ni ovarienne, ni hypophysaire. Elle est due à des curettages « poussés » avec abrasion de la couche basale de l'endomètre. Le muscle mis à nu sur les 2 faces du corps utérin, celles-ci s'accollent et créent une *synéchie utérine*. Depuis qu'on le connaît mieux, ce syndrome est de plus en plus découvert. Il s'agit d'une synéchie complète, ou parfois incomplète intéressant l'isthme utérin, ou une partie de la cavité. Le diagnostic en est fait facilement par l'hystérogrophie. Il suffit d'y penser. Quant au traitement, vous imaginez bien qu'il ne saurait être hormonal. On a signalé quelques guérisons après reconstitution chirurgicale de la cavité.

2° *Les aménorrhées neuro-psychiques* : surviennent brusquement à la suite de *chocs violents* (aménorrhées de guerre, après bombardements) de traumatiques (électro-chocs), ou bien des conflits sociaux, familiaux ou moraux.

On peut rattacher à ces aménorrhées, celles que l'on a observées pen-



TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ



**PRELUDINE**

*Modérateur de l'appétit*



LABORATOIRES GEIGY — PARIS

# PRÉLUDINE\*

## DANS L'OBÉSITÉ

Modère l'appétit et empêche les excès alimentaires ; maintient la capacité de travail et le rendement malgré un régime pauvre en calories ; administrée à doses thérapeutiques, n'a pas d'action sur le système circulatoire.

## DANS LA CONVALESCENCE

Permet de surmonter plus rapidement l'apathie de la période post-opératoire et des maladies fébriles, facilite le lever et la récupération fonctionnelle après les opérations.

## PRÉLUDINE

Modérateur de l'appétit.

1 à 2 comprimés par jour selon prescription médicale.

Tube de 40 comprimés dosés à 0,025 g.

Remboursé par la Sécurité Sociale.

\* Marque déposée.

dant la guerre dans les camps de déportation, ou celles que l'on observe au cours des *anorexies mentales*, encore que dans ces deux cas, la carence alimentaire joue un rôle certain, sinon unique.

Pour certains (KLINFELTER et ALBRIGHT) ce groupe d'aménorrhées neuro-psychiques serait d'origine *hypothalamique*. L'hypophyse ne serait pas déficiente car les F.S.H. ne sont pas diminués (habituellement leur taux dans les urines est normal).

Il se produirait par atteinte de l'hypothalamus une suppression des stimuli nécessaires à la sécrétion de la Prolactine ou hormone luteotrophe.

C'est une hypothèse séduisante, mais ce n'est qu'une hypothèse. On peut encore invoquer pour expliquer ces aménorrhées « neuro-psychiques » :

- soit l'action directe des centres du diencephale (sympathique et para-sympathique) sur le système vasculo-nerveux génital;
- soit l'action du cortex (surtout après les chocs émotionnels);
- soit enfin les troubles du Métabolisme des hormones stéroïdes dont le rôle n'est pas discutable chez les déportés et les anorexies mentales.

Le traitement de ces formes d'aménorrhées exige beaucoup de patience, les œstrogènes sont souvent inefficaces, le traitement par les gonadotrophines inutiles puisqu'elles ne sont pas déficientes.

Quant à l'hypothétique prolactine, on n'en dispose pas assez facilement pour juger de son action.

On a essayé parfois avec succès l'A.C.T.H., mais on parvient plus sûrement à des résultats par des règles alimentaires et hygiéniques, un changement de milieu, la psychothérapie, voir à l'occasion d'un nouveau choc : une de nos malades aménorrhéique à la suite d'un bombardement a vu ses règles revenir brusquement 2 ans après, à la suite d'une électrocution fortuite et sans gravité.

### C) AMÉNORRHÉES APPAREMMENT ISOLÉES

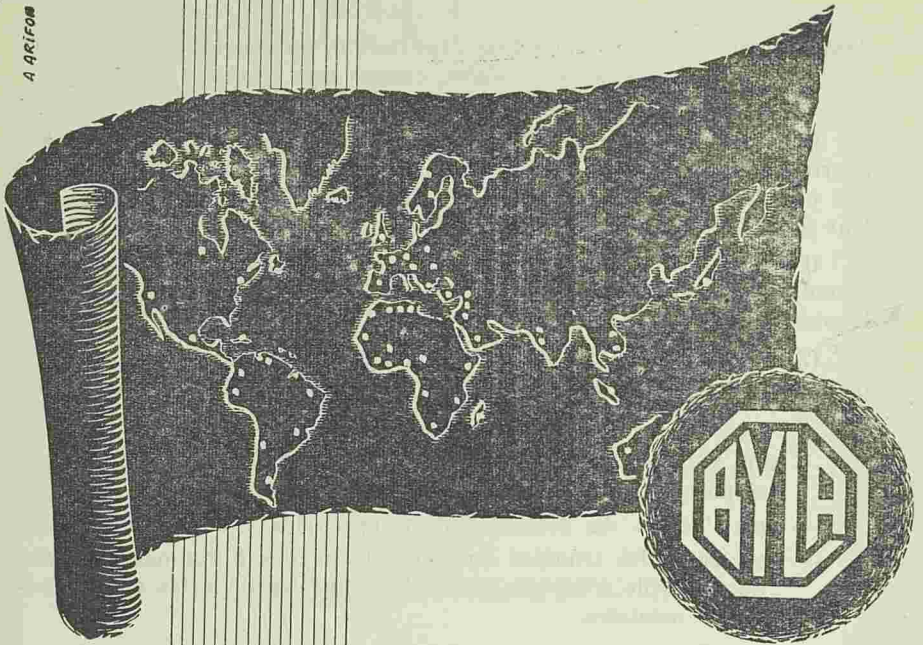
Si l'interrogatoire n'a pas mis sur la voie des causes d'aménorrhées précédemment citées, il faut examiner très complètement la malade pour tâcher de mettre en évidence l'une ou l'autre des lésions organiques cliniquement perceptibles, susceptibles d'expliquer l'arrêt des règles.

*Examen local* : vous pourrez ainsi découvrir grâce au *toucher vaginal* (ou rectal) des lésions utérines, ovariennes ou salpingiennes.

#### I) Utérines :

*Fibrome* : c'est rare, mais cela peut se voir, il s'agit alors d'aménorrhée hyperhormonale. Ne prescrivez pas d'œstrogènes, mais plutôt de la progestérone seule ou associée à la testostérone.





**HORMONES**

**ISOTYL**

Médication à action antihypophysaire

Capsules glutinisées de 0 gr. 25

Boîtes de 30 ou 100 capsules

**VITAMINES**

**VITADONE**

Vitamines A et D 2

Gouttes-ampoules injectables-forte

**TONIQUES**

**VITAMINOL**

Extraits opothérapiques - Complexes  
vitaminique B et métallique FeCuMnCo  
Tryptophane

Flacons de 180 cc.

Boîtes de 12 et 24 ampoules buvables

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS-S'-JACQUES . PARIS VE . ODE. 28-30

II) *Ovariennes* :

a) *Kyste ovarien* : soit kyste séreux banal, soit kyste folliculaire ou plus rarement lutéinique.

— Parfois l'éclatement de ce kyste sous le doigt permet le rétablissement des règles dans les jours qui suivent.

— NETTER a proposé, tenant compte de ce fait, la ponction systématique de ces petits kystes par voie vaginale. Il ne semble pas avoir été souvent imité.

— En tous cas ne vous pressez pas d'intervenir, vous enlèveriez un ovaire peu atteint et quelques mois après un kyste apparaîtra de l'autre côté, vous imposant une castration définitive.

Demandez à la biopsie de l'endomètre un diagnostic cyto-hormonal (hyper-œstrogénie ou hyper-lutéinie) et vous serez surpris de voir disparaître kyste et aménorrhée grâce au traitement hormonal approprié.

b) *Tumeurs solides de l'ovaire* : certaines d'entre elles ont parfois des manifestations endocriniennes. L'aménorrhée peut-être l'une de ces manifestations :

1° Il peut s'agir de *tumeur de la Granulosa* : ces tumeurs qui s'accompagnent d'une hypersécrétion d'œstrogènes se traduisant le plus souvent par des méno-métrorragies. Mais dans certains cas on observe des aménorrhées qui sont les formes les moins discutables d'aménorrhée hyperhormonale.

Chez une de nos malades, aménorrhéique depuis deux ans, nous avons enlevé une tumeur de l'ovaire. L'examen révéla qu'il s'agissait de tumeur de la Granulosa; 28 jours après les règles se rétablissaient spontanément.

2° Plus rarement encore l'aménorrhée est due à une tumeur virilisante (arrhénoblastome, mais les signes de masculinisation plus que l'aménorrhée orienteront votre diagnostic.

3° Enfin nous dirons quelques mots d'une forme d'aménorrhée avec gros ovaire s'accompagnant d'obésité avec hirsutisme que l'on décrit maintenant sous le nom de *Syndrome de Stein-Livental*. Ces aménorrhéiques (qui sont généralement stériles) guérissent rapidement par une résection cunéiforme de l'ovaire mieux que par les traitements hormonaux. Mais elles ne s'observent pas si fréquemment qu'on veut bien le dire actuellement.

III) *Lésions annexielles* :

D'autres fois, l'examen décèlera l'existence d'annexites plus ou moins volumineuses.

Ce sont rarement des annexites strepto ou gonococciques qui dans la période aiguë donnent plutôt des métrorragies.

En règle générale aménorrhée plus annexite doit faire penser à la *tuberculose* : vous en ferez le diagnostic par :

— l'interrogatoire : absence d'autre étiologie expliquant l'annexite (accouchement, fausse-couche, métrite); par contre, vous retrouverez dans les antécédents : ascite ou pleurésie ancienne;

— les épreuves para-cliniques peuvent confirmer vos soupçons :

a) Sédimentation globulaire;

Réaction de Vernes - résoscine;

b) Biopsie d'endomètre (tuberculose de l'endomètre concomitante);

c) L'hystéro-salpingographie est en principe contre-indiquée. Cependant si les lésions ne sont pas très importantes nous la pratiquons volontiers sous couvert d'un traitement à la streptomycine. Elle nous a révélé à plusieurs reprises des images de trompes très caractéristiques de la tuberculose tubaire.

Votre diagnostic précisé, évitez le traitement hormonal inutile et parfois dangereux.

Soignez la tuberculose et vous aurez la surprise de voir au bout de quelques mois, les règles réapparaître si les lésions ne sont pas trop avancées.

Remarquons en passant que nous retrouverons la tuberculose pour la deuxième fois dans l'étiologie de l'aménorrhée. Dans ce pays où la tuberculose génitale est si fréquente pensez-y toujours en présence d'une aménorrhée. Que de fois ne l'avons-nous décelée chez des femmes soumises depuis des années, en vain aux traitements hormonaux les plus divers. Elle peut déterminer un arrêt de règles par atteinte des ovaires. C'est ce que nous venons de voir. Plus souvent c'est l'endomètre qui est atteint.

L'endométrite tuberculeuse est très fréquente surtout chez les femmes stériles. Elle est généralement latente et découverte seulement grâce à la Biopsie de l'endomètre. Nous en reparlerons plus loin.

#### EXAMEN GÉNÉRAL :

Si l'examen local n'a décelé aucune anomalie, avant de vous résigner au diagnostic pathogénique, recherchez les autres affections endocrines : *hypophysaires*;

*thyroïdiennes*;

*ou surrénales*;

dont l'aménorrhée peut être le premier signe ou le signe dominant.

#### AFFECTIONS HYPOPHYSAIRES :

Pensez-y s'il y a céphalée ou troubles oculaires et pratiquez systématiquement :

— l'examen du fond de l'œil;



— ou la radiographie de la selle turcique;

nous avons eu à trois reprises la chance de découvrir ainsi des tumeurs de l'hypophyse encore « muettes ».

En principe, les gonadotrophines étant sécrétées par des cellules basophiles, seules les tumeurs basophiles (maladie de Simmond ou de Cushing) devraient se manifester par des aménorrhées, mais en fait celles-ci se rencontrent aussi dans les tumeurs acidophiles (acromégalie). On a parlé « d'étouffement » des cellules basophiles par compression de la tumeur acidophile (?)

#### AFFECTIONS THYROÏDIENNES :

Dans les formes frustes des hyperthyroïdes comme dans les hypothyroïdes, l'aménorrhée peut s'observer. Pensez-y surtout chez les femmes obèses ou un peu grasses.

Le traitement thyroïdien vous permettra d'obtenir des résultats durables, sans avoir recours aux hormones sexuelles.

#### AFFECTIONS SURRÉNALES :

Sans parler des rares tumeurs virilisantes, nous vous signalons des cas plus fréquents où l'aménorrhée s'accompagne d'un certain degré d'hirsutisme, voire de masculinisation (gynandroïde).

On a parlé d'aménorrhée androgénique. Les 17 cétostéroïdes urinaires sont augmentés. Nous les avons trouvés, habituellement, entre 15 et 18 mmg chez ces malades.

La cortisone nous a permis de rétablir les règles dans deux cas, mais ce n'est là qu'un traitement substitutif avec toutes les insuffisances qu'il implique. Peut-être la radiothérapie surrénale donnerait-elle de meilleurs résultats.

Certains auteurs en ont effectivement obtenus.

Enfin, si l'interrogatoire, ni l'examen complet ne vous a fait découvrir la cause organique de l'aménorrhée, vous êtes en droit alors de chercher un vice fonctionnel du système utérus-ovaire-hypophyse. Vous pouvez alors vous résigner au diagnostic pathogénique.

### FORMES PATHOGENIQUES

Nous disposons pour le déceler d'un certain nombre d'examen para-cliniques dont il faut bien connaître la valeur et les limites pour en tirer des renseignements utiles.

Ce sont : 1° le *Frottis vaginal*;

2° la *Biopsie de l'Endomètre*;

3° le *dosage du Prégnañdiol*;

4° *dosage de la F.S.H.*

**ANKYLOSTOMOSE**  
**ASCARIDIOSE**

**TRICHOcéPHALOSE - OXYUROSE**

**DIDAKÈNE**  
TÉTRACHLORÉTHYLÈNE PUR

**BOÎTE de 12 CAPSULES de 1ml (cm<sup>3</sup>)**

**ADULTES : 6 capsules**  
*( une toutes les cinq minutes )*

**ENFANTS :**  
*10 à 12 ans : 3 capsules*  
*6 à 10 ans : 2 capsules*  
*6 ans : 1 capsule*

**SIX A HUIT HEURES APRÈS :** purgation saline  
*( sulfate de soude ou magnésie )*

**LE DIDAKÈNE NE DOIT PAS ÊTRE ADMINISTRÉ**  
**AU-DESSOUS DE 6 ANS.**



Sans entrer dans la discussion, encore inachevée d'ailleurs, sur la valeur comparée de ces différentes épreuves, rappelons schématiquement ce qui semble actuellement le plus généralement admis :

1° Le frottis vaginal renseigne plus ou moins bien sur l'importance de la sécrétion des œstrogènes, mais il ne permet pas d'apprécier celle de la progestérone;

2° La biopsie de l'endomètre est un témoin plus fidèle de la sécrétion des diverses hormones ovariennes; progestérone comprise. Elle a en outre l'avantage de mettre en évidence, l'utilisation ou la non utilisation de ces hormones par la muqueuse utérine;

(Métrose de réceptivité dont nous parlerons tout à l'heure).

3° Le dosage des hormones ovariennes très discuté encore en ce qui concerne les œstrogènes (réaction de KOBER - dosage des phénols-stéroïdes) se réduit en pratique au dosage du Prégnañdiol ou des G.B.S. (corps butylo-solubles) dérivés du métabolisme de la Progestérone;

Encore faut-il remarquer ces produits trouvés dans les urines, ne sont pas uniquement dérivés de la Progestérone, mais aussi des certaines hormones cortico-surrénales, ce qui limite la valeur de leurs dosages quand les taux obtenus ne sont pas très différents des chiffres normaux.

4° Quant au dosage de la F.S.H., il n'a de valeur lui aussi que pour des variations très nettes (en plus ou moins) et à la condition de pouvoir compter sur un biochimiste très expérimenté.

Ces réserves étant toujours présentes à l'esprit, voici comment on peut interpréter les résultats de ces différentes épreuves :

a) On peut affirmer que *l'aménorrhée est d'origine utérine si* :

- *le Frottis vaginal* traduit une sécrétion œstrogénique normale (forte proportion de cellules éosinophiles et cariopictotique);
- *et la Biopsie* montre un *endomètre atrophique ou sub-atrophique*.

Cela prouve que l'ovaire fonctionne, mais que ses hormones ne sont pas utilisées par l'endomètre.

On a inventé pour ces cas le nom de *Métroses de réceptivité* : celles-ci peuvent être dues à la tuberculose de l'endomètre dont nous avons parlé. Mais souvent l'endomètre n'est pas tuberculeux et la cause de la non réceptivité demeure mystérieuse.

Théoriquement le traitement hormonal est illogique puisqu'il n'y a ni carence, ni excès d'hormones.

Que faire alors ?

Nous avons obtenu des résultats incontestables dans ces cas en prescrivant de l'arsénic et de l'iode. Il est difficile de dire comment agissent ces médicaments (d'ailleurs utilisés autrefois comme emmena-

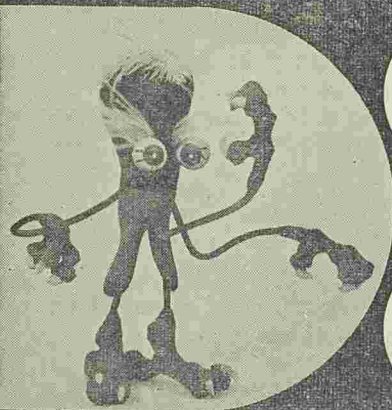


Prescrivez maintenant

# STEARATE d'ERYTHROCINE

(STEARATE D'ERYTHROMYCINE *Abbott*)  
l'antibiotique "ACTUEL"

Comprimés à 0,1 gr.  
(sous pellicule cellulosique)



Posologie : 0,8 à 2 gr. par jour  
enfants, : 30 mgr/kilo

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE n'est pas détruit par le  
suc gastrique.

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE donne une concentration  
sanguine antibiotique QUATRE FOIS  
PLUS RAPIDE que les anciennes  
dragées.

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE permet l'absorption  
aisée du comprimé tel que ou écrasé  
(enfants, certains malades).

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE ne perturbe guère la  
flore intestinale, a peu d'effets secondaires  
et contre les infections à cocci  
et notamment les souches résistantes,  
EST ACTIF.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES *Abbott*  
44, RUE BEAUMARCHAIS, MONTREUIL-SOUS-BOIS (SEINE) — TÉLÉPHONE : AVRON 47.77

La Pub. Méd. DESIGNS

**NOUVEAU DOSAGE : Comprimés à 200 mg**  
sous pellicule cellulosique

TUNISIE : J. BERREBBI — 81, Avenue de Londres - TUNIS.

gogue). Nous avons été conduit à les prescrire en nous souvenant de la quantité anormale d'A.S. et de I. trouvé dans le flux menstruel. Peut-être ces deux corps agissent-ils comme catalyseur in-utéro pour permettre l'utilisation par l'endomètre des hormones ovariennes ? Toujours est-il que nos résultats sont maintenant suffisamment fréquents pour penser qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence.

— Si l'arsenic ni l'iode ne font pas revenir les règles, nous essayons *malgré tout* des œstrogènes à fortes doses (10 mmg de Distilbène par jour pendant 10 jours) suivi de Progestérone (20 mmg par jour pendant 5 jours) et nous sommes venus à bout aussi de certains aménorrhées ténaces par « métroses de réceptivité ».

Enfin dans quelques cas, résistant à toute thérapeutique nous avons eu la surprise, malgré notre scepticisme d'obtenir des guérisons après des cures hydro-minérales (Salies de Béarn).

b) Si Frottis et Biopsie de l'Endomètre sont tous deux anormaux deux questions se posent. L'aménorrhée est-elle *ovarienne ou hypophysaire ou hypothalamique* ?

Est-elle *hyper-hormonale ou hypo-hormonale* ?

Schématiquement vous reconnaitrez :

1) Les *aménorrhées ovariennes* quand le taux de F.S.H. est exagéré :

— les *aménorrhées hypophysaires* quand il est diminué;

— les *aménorrhées hypothalamiques* quand il est normal;

(1) les *aménorrhées hypothalamiques* quand il est normal :

— à une carence globale en hormones ovariennes : frottis du type ménauposique, et endomètre atrophique ou sub-atrophique;

— à une carence en progestérone : endomètre hyperplasié mais ne présentant aucun signe d'activité lutéinique : pas de glycogène dans l'épithélium, artères spiralées peu nombreuses, absence d'épines conjonctives, chorion peu dense.

Les *aménorrhées hyper-hormonales* sont habituellement dues à une hyper-imprégnation de l'endomètre en œstrogènes : hyperplasie glandulaire simple ou plus rarement glandulo-kystique.

Plus rarement nous avons observé des aménorrhées avec image d'hyperlutéinisation (voir communication à paraître).

Ainsi établi votre bilan cyto-hormonal, quelle sera votre conduite thérapeutique ?

Théoriquement le problème est simple.

Si l'*hypophyse est déficiente* : il faut prescrire des *gonadotrophines* : lesquelles ? on admet qu'il y en a au moins deux et dans le commerce nous disposons de :

— Gonadotrophines dites sériques extraites du sérum de la ju-



ment gravide qui sont en principe folliculines-stimulantes; et de *Gonadotrophines Chorioniques ou urinaires* tirés de l'urine de la femme enceinte.

On a l'habitude de prescrire l'une après l'autre, espérant rétablir le rythme de la sécrétion hypophysaire déficiente. La réalité n'est pas si simple.

Parfois vous obtenez un résultat rapide et durable. C'est l'exception. Le plus souvent, si résultat il y a, il faut recommencer le traitement le mois suivant, mais la Gonadotrophine sérique est une protéine d'origine animale susceptible de donner naissance à une antihormone.

Quant à l'autre Gonadotrophine, elle ne serait efficace que si la F.S.H. était normalement sécrétée, ce qui n'est pas toujours le cas. Tout ceci (et peut-être d'autres phénomènes encore inconnus) explique l'échec fréquent des traitements de l'aménorrhée par les Gonadotrophines.

*Si l'ovaire est en cause* : on a l'habitude de prescrire soit la *Progestérone*, seule en cas de carence lutéinique (Méthode de Zondek), soit les 2 *types d'hormones* simultanément ou l'une après l'autre (10 jours d'œstrogène et 5 jours de Progestérone) en cas de carence totale, soit la *Testostérone* seule ou associée à la Progestérone en cas d'aménorrhée hyper-hormonale.

Dans l'immense majorité des cas, le résultat est spectaculaire.

Les difficultés apparaissent soit quand le traitement échoue, soit après un premier résultat quand il faut le poursuivre.

Si le traitement échoue, que faire ?

Vous pouvez augmenter les doses; elles ne sont pas toujours bien tolérées. Vous pouvez surtout en cas de carence hormonale ovarienne totale implanter un pellet d'œstradiol et prescrire toutes les 3 semaines 5 ou 6 jours de corps jaune.

Si le traitement a été efficace, comment le poursuivre ?

Parfois après 2 à 3 mois de cure, les règles reviennent spontanément. Cela se produit d'autant plus fréquemment qu'il s'agit d'aménorrhée primaire isolée (puberté retardée) ou d'aménorrhée apparue brusquement sans raison apparente chez une femme jusque là bien réglée.

Plus souvent, les règles disparaissent dès la cessation du traitement et vous éprouvez alors les défauts de toutes ces thérapeutiques hormonales substitutives. Pour instituer un traitement plus rationnel, il faudrait remonter la cause du vice hormonal lui-même.

Mais hélas notre science s'arrête là dans bien des cas d'aménorrhée et ces malades après quelques tentatives fructueuses, mais sans lendemain se résignent à leur état, à cause de notre impuissance à les guérir.

Elles s'y résignent mal d'ailleurs car ce sont souvent des femmes



stériles que vous n'avez pas guéries de cette infirmité majeure. Car établir un cycle artificiel n'est pas déclencher une ovulation absente, et votre succès quand il est le plus brillant n'est qu'un succès de parade.

N'avais-je pas raison de parler de « grandeur et misère.... »

Tant qu'on ne sera pas parvenu à découvrir les causes de toutes les aménorrhées, nous ne pourrons les soigner rationnellement.

Découvrir les causes est au fond la seule méthode qui mène à une thérapeutique scientifique et *Démocrite* avait bien raison de dire « qu'il préférerait découvrir une étiologie que de porter la couronne du roi de Perse ».

## le suppositoire anti-infectieux / type

**RECTOSEPTAL**

**4 FORMULES**

- SIMPLE
- SULFAMIDÉ
- PÉNICILLINE
- BISMUTHÉ

voies respiratoires  
angines

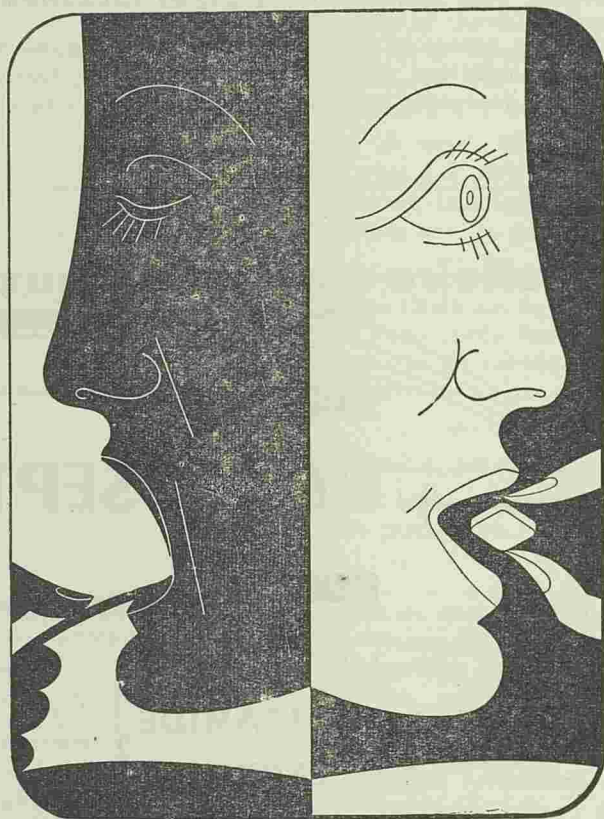
Société d'exploitation des  
**LABORATOIRES DEROL**  
Service des relations médicales - 66 ter, rue Saint-Didier - PARIS (16<sup>e</sup>)

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS — (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER — (Algérie)

M. PELISSARD : 5, Boulevard de Londres — CASABLANCA — (Maroc)

# BACITRACINE DIAMANT



SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE

67, BOULEVARD HAUSSMANN - PARIS-8<sup>e</sup>

DIAMANT



TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS

## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 20 JANVIER 1956

—o—

*Présentation de malades :**Présentation d'une enfant opérée d'un volumineux kyste hydatique frontal,*

par M. L. CHATENIER.

*Communications :**Résultats du traitement de la méningite tuberculeuse depuis l'Isoniazide,*

par MM. S. BENMUSSA, R. DIDIER, R. ZANA, Mlle H. GHILEB et Mlle M. SAMAMA.

*Réaction-surprise à la suite de l'application d'une pommade anti-fongique à base de tétra-méthyl-thiuram,*

par M. Elie COHEN-HADRIA.

*Sur un cas de méningite à bacille d'Eberth suppurée,*

par M. le Prof G. RENOUX et M. M. KHIARI.

INNOVATIONS  
**innothéra**  
THERAPEUTIQUES

**SYMPATHYL**

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

3 à 8 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - TUNIS



**CALCIUM  
CORBIÈRE**  
**BUVABLE**  
*vitaminé*

**C. D. P. P.**

**2 FORMES**

**"Normal"**

C. D. P. P.

**GROSSESSE  
ALLAITEMENT  
CROISSANCE  
ANOREXIE  
STRESS**

Boite 8 ampoules 10cc.  
Coffret 24 ampoules 10cc.

**"Fort"**

C 500. D. PP 100 mg.

**dépansions  
du tonus  
SURMENAGE  
PHYSIQUE ET  
INTELLECTUEL**

Boite 16 ampoules 10cc.

**1 à 3 ampoules par jour**

**REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**

27, Rue des Renaudes. PARIS (XVII<sup>e</sup>)

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

## Kyste hydatique frontal opéré chez une petite européenne de cinq ans

Docteur L. CHATENIER

---

La petite Eléonore, 5 ans, demeurant au Bardo, est prise le 10 mars 1955 de céphalées intenses avec vomissements alimentaires, puis bilieux, tendance à la somnolence, apyréxie.

Un médecin appelé aussitôt pense à une méningite et fait une cuti le 13 mars, cuti négative. La thérapeutique instituée ne donne aucun résultat, Un examen de F.O est demandé le 16, ce qui permet de découvrir une stase papillaire bilatérale.

L'enfant est admise aux contagieux le 16-3-55. Elle présente à son entrée une somnolence marquée, de la raideur de la nuque et du Kernig, une paralysie du moteur oculaire externe gauche, des réflexes tendineux vifs, mais pas de Babinski. Une P.L. montre un L.C.R. hypertendu contenant 1,6 lympho, 0, 23 d'albumine et 0,68 de sucre.

Elle est mise à la Streptomycine et à la Vit. B1.

Le 19 mars, puis le 27 on observe des convulsions.

Le 28 on voit apparaître une contracture du M.S.D. Le Babinski est à ce moment en extension des 2 côtés.

Un hémogramme montre hyperleucytose et polynucléose.

Ce tableau clinique faisant penser à une T.C., l'enfant est évacuée en chirurgie le 29-3-55.

Une ventriculo est pratiquée le jour même qui révèle la présence d'une T.C. frontale gauche.

L'intervention pratiquée le 31 mars permet l'exérèse d'un volumineux K.H. de la grosseur d'une orange, intracérébral gauche développé dans le lobe frontal.

Intervention relativement facile pratiquée sous A.G. et hypotension contrôlée. Durée 2 h. 1/2.

Les suites opératoires ont été difficiles. L'enfant en particulier

*le ferment vivant*

**VIVACIDOL**

**RÉGÈNÈRE** *la flore de défense*  
et  
**NORMALISE** *le milieu intestinal*

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquín - BOULOGNE (Seine)

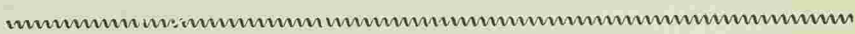
TUNISIE : Ets NOTE, 61, Avenue Garros, Tél. 282.090 — TUNIS



est restée très obnubilée pendant près d'un mois. Elle est restée aveugle pendant 2 mois. Elle a cependant guéri, et a récupéré une grande partie de sa vision, elle a environ 1/10 à droite. A gauche elle n'a que la perception lumineuse.

Il y a 10 jours à l'occasion d'un embarras gastrique fébrile elle a présenté une crise comitiale typique avec perte de connaissance suivie d'une hémiplégié D. avec aphasie qui a complètement régressé en 48 heures.

Il s'agit là d'un cas d'hydatirose cérébrale, suivie très attentivement dès son début, qui permet de se rendre compte de l'évolution d'un kyste. Je n'ai trouvé nulle part de renseignement sur la durée du développement de ce parasite.



**VALENAL**

à 0,005 de phénobarbital

SÉDATIF NERVEUX

LABORATOIRES NOVALIS OÜLLINS (RHONE)

**VALENAL FORT**

à 0,02 de phénobarbital

SÉDATIF NERVEUX

Synergie médicamenteuse d'extraits végétaux associés au phénobarbital

DÉSÉQUILIBRE SYMPATHIQUE ETATS NERVEUX

HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
" ROCHE "

9 = 1  
*vitamines*                      *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

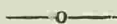
*De la naissance à 2 ans : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).*

*Au delà de 2 ans : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.*

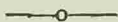
Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).

PRODUITS " ROCHE " S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS - 4<sup>e</sup>

## Résultats du traitement de la Méningite Tuberculeuse à l'Hôpital Charles Nicolle depuis l'isoniazide



par S. BENMUSSA, R. DIDIER, R. ZANA, Hassiba GHILEB et Mireille SAMAMA



Ces résultats portent sur le traitement de 135 jeunes malades âgés de 4 mois à 12 ans, au Pavillon des Maladies Infectieuses Infantiles ou au cours des années 1952, 1953, 1954 et les premiers mois de 1955.

Nous les publions moins pour faire état de succès thérapeutiques que pour tirer des enseignements. Ceux-ci, nous le verrons, suscitent moins l'enthousiasme que la prudence.

Notre conclusion est en effet qu'en Tunisie, pays en voie de développement, l'application des traitements allégés et écourtés tels qu'ils sont de plus en plus préconisés à l'heure actuelle doit être soumise, dans chaque cas, à une critique judicieuse.

Sans doute en effet, les premiers travaux des auteurs de la Presqu'île Ibérique (FREIRE, SUAREZ, RAMOS) et les retentissantes publications de RAVINA et PESTEL ont-ils eu le mérite, en raison même de leur caractère outrancier, de secouer la routine dans laquelle s'était installée l'attitude thérapeutique en matière de méningite tuberculeuse.

Mais l'affirmation de pouvoir désormais remplacer les injections intra-rachidiennes par de modestes suppositoires paraît excessive en ce qu'elle ne peut manquer de séduire trop de praticiens.

Nous avons un exemple, au moins, de traitement à domicile par des suppositoires, d'un petit méningitique venu mourir dans le Service.

D'ailleurs, à la séance de présentation de la malade de RAVINA et PESTEL (1), des réserves, sinon la contradiction, ont été apportées à cette « passionnante et très troublante observation ».

---

(1) Méningite tuberculeuse traitée uniquement par l'administration d'isoniazide par voie rectale. A. RAVINA et M. PESTEL - Soc. Méd. Hôp. Paris, 29 janvier 1954.



De même à la séance spéciale consacrée au traitement de la méningite tuberculeuse (Soc. Méd. Hôp. Paris, 26 novembre 1954).

C'est ainsi qu'Etienne BERNARD, s'il convient de la possibilité de réduire le nombre des injections intrarachidiennes, estime par contre que leur suppression totale est risquée.

CATHALA, MARQUEZY, font également des réserves.

Plus récemment, il ressort d'une enquête d'Etienne BERNARD parue dans le Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose (janvier-avril 1955) qu'il n'est pas encore possible de se passer du traitement intra-rachidien. C'est la conclusion qui se dégage des opinions de 27 auteurs interrogés par Etienne BERNARD, dans 14 pays et faisant état des résultats de 1941 malades traités.

Seuls, FREIRE (Lisbonne), SUAREZ (Saint Jacques de Compostelle), RAMOS (Barcelone) et RAVINA (Paris) sont d'avis de s'abstenir dans tous les cas du traitement local.

Il faut convenir que l'introduction de l'I.N.H. dans le traitement de la méningite tuberculeuse constitue bien un progrès considérable.

L'emploi de l'I.N.H. non seulement a amélioré de façon très importante les résultats, mais aussi a simplifié et allégé le traitement, en permettant sinon de se passer des injections locales, du moins d'en diminuer le nombre.

Et nous avons, comme tous les auteurs, constaté le fait puisque *notre taux de guérison a quintuplé, puisque nous avons réduit, dans des proportions variables selon les cas, la durée du traitement rachidien, enfin puisque nous avons guéri une méningite sans injections locales.*

Mais l'objet de notre communication est de souligner *les conditions particulières à notre pays en voie de développement* : éducation sanitaire insuffisante, gravité de la tuberculose en milieu musulman, moyens d'hospitalisation réduits, et la *nécessité de discuter, d'adapter en fonction de ces conditions, une attitude thérapeutique séduisante certes, mais pleine de dangers*, si elle n'est pas appliquée avec discernement.

#### UTILISATION DE L'ISONIAZIDE

A partir de mars 1952, nous avons ajouté l'I.N.H. au traitement par la streptomycine et le PAS, administrés systématiquement par voie générale et voie locale.

Dans le cours de 1954 nous avons prescrit de moins en moins le PAS.

TRIPLE ACTION

*antiphlogistique*

*anti-algique*



*urico-  
éliminatrice*

ARTHROPATHIES RHUMATISMALES ou GOUTTEUSES

COLCHICINE · ASPIRINE  
· VITAMINE B<sub>1</sub> HOUDÉ

DRAGÉES GLUTINISÉES  
Remboursé par la S. S.

LABORATOIRES HOUDÉ  
9, rue Dieu — PARIS (X<sup>e</sup>)

6

Voici nos résultats commentés :

Au XIV<sup>e</sup> Congrès des Pédiatres de Langue Française (mai 1953) nous avons fait état d'une statistique de 132 cas de méningite tuberculeuse chez l'enfant, en soulignant la mauvaise qualité des résultats : 14 % de guérison.

Dans le cours de 1952, sur 50 méningites tuberculeuses, 30 ont été traitées sans I.N.H. avec un taux de guérison de 10 % et 20 avec I.N.H., le taux de guérison s'étant relevé à 50 % chez ces dernières.

L'I.N.H. est donc venu améliorer considérablement le pronostic de nos méningites comme le fait a été universellement constaté.

Cependant ce taux est bien inférieur à ceux des autres auteurs, d'autant que notre pourcentage de guérison calculé pour 1952-1955, soit sur 135 cas, est de 30 %.

Voici, à titre indicatif, les statistiques les plus importantes :

Auteurs	Nombre de cas	Pourcentage de guérison
SARROUY . . . . .	44	59 %
DUBOIS . . . . .	68	76 %
FOUQUET . . . . .	69	92 %
FREIRE . . . . .	92	79 %
CATHIE . . . . .	112	73 %
TODOROVIC . . . . .	166	80 %
CHOREMIS . . . . .	178	84 %
DEBRÉ & BRISSAUD . .	220	84 %
COCCHI . . . . .	377	84 %

La raison principale d'une mortalité élevée est, d'une part, le *jeune âge* de nos malades, d'autre part le *retard apporté au déclenchement du traitement*.

1<sup>o</sup> En effet, l'influence de l'âge, facteur classique de gravité, apparaît avec netteté dans notre statistique.

D'année en année, nous avons de plus en plus hospitalisé de



très jeunes enfants. La proportion des malades de moins de 3 ans est la suivante :

Avant 1952	1952	1953	1954	1955 (1 <sup>er</sup> sem.)
37 %	25 %	68 %	73 %	57 %

Parallèlement, notre taux de guérison s'est amenuisé d'année en année :

Avant 1952	1952 (avant INH)	1952 (depuis INH)	1953	1954	1955 (1 <sup>er</sup> sem.)
14 %	10 %	50 %	32 %	26 %	13,5 %

Et ceci malgré l'I.N.H. Il est d'ailleurs admis par la majorité des auteurs, que l'I.N.H. n'a pas eu sur le pronostic général de la méningite du jeune enfant, une influence aussi brillante que chez le grand enfant.

Car le diagnostic précoce est difficile chez le tout petit et n'est pas encore, malgré l'éducation des médecins, couramment fait.

2° C'est précisément le *caractère tardif* des traitements qui grève nos statistiques.

La quasi totalité des malades pour qui il a été possible de préciser la date de début de leur maladie ont été hospitalisés après plus de 2 semaines d'évolution.

A quelques rares cas près, le traitement a toujours été déclenché dans les 3 jours qui ont suivi l'admission dans le service et la plupart du temps, le jour même de l'entrée.

La date des décès à partir de la mise en route des traitements est particulièrement significative.

Date des décès à partir de la mise en route du traitement :

	1952 (depuis INH)	1953	1954	1955
1 <sup>er</sup> jour . . . . .		1	1	2
2 <sup>e</sup> jour . . . . .		1		2
3 <sup>e</sup> jour . . . . .	1	4		1
4 <sup>e</sup> jour . . . . .	1	4		3
5 <sup>e</sup> jour . . . . .		2	5	2
6 <sup>e</sup> jour . . . . .		2		2
7 <sup>e</sup> jour . . . . .		4	2	2
2 <sup>e</sup> semaine . . . . .	4	5	6	6
3 <sup>e</sup> semaine . . . . .		3	1	2
4 <sup>e</sup> semaine . . . . .		1	2	
2 <sup>e</sup> mois . . . . .	1		2	1
3 <sup>e</sup> mois . . . . .				
4 <sup>e</sup> mois . . . . .	1	1		

Soit, sur 78 décès, 63 avant le quinzième jour ou 72 dans le premier mois et seulement 6 après quatre semaines de traitement.

Ainsi 80 % des décès surviennent dans les deux premières semaines. En voici le détail :

Décès dans les 2 premières semaines :

1952	1953	1954	1955 (1 <sup>er</sup> sem.)
6 sur 8	23 sur 28	14 sur 19	20 sur 23
75 %	80 %	73 %	86,9 %

Le pourcentage élevé de mortalité en 1955 est dû à des décès précoces qui ne s'expliquent que par le retard apporté à l'envoi des malades à l'hôpital en raison de l'absence de diagnostic, soit du fait de l'ignorance ou de la négligence des familles.

Des 17 enfants de moins de 3 ans aucun n'a survécu.

En l'état actuel, aucune drogue, même l'I.N.H., ne peut réduire cette mortalité des premiers jours.

Les moyens de traitement étant ce qu'ils sont, le problème n'est pas thérapeutique, mais diagnostique.

Il est très difficile de sauver un enfant dont le traitement est en trepris à quelques jours de l'échéance déjà inexorablement fixée par l'évolution, surtout si cet enfant est très jeune.

Par conséquent, il n'est pas inutile de souligner une fois de plus, la nécessité de faire un diagnostic précoce.

L'interprétation de signes aussi communs que l'agitation, l'anorexie, les vomissements, la perte de poids la fièvre chez le jeune enfant, doit se faire avec un certain esprit de système et il faut avoir la ponction lombaire facile.

Par ailleurs, un grand nombre d'enfants nous sont adressés après plusieurs semaines d'évolution de formes ralenties créées par des traitements entrepris sans diagnostic précis.

L'existence de ces formes torpides doit nous rendre plus vigilants encore.

#### TRAITEMENT LOCAL ECOURTE

Dès la fin 1953, nous nous sommes efforcés de diminuer la durée du traitement intra-rachidien.

Deux malades entrepris au début novembre 1953 n'ont été traités que pendant 5 et 7 semaines.

# HYPERTENSION ARTÉRIELLE



## Serpasil

nom déposé

L'ALCALOÏDE HYPOTENSEUR DU RAUWOLFIA

ISOLÉ PAR

**CIBA**

- *abaisse progressivement les chiffres diastoliques et systoliques*
- *calme et détend*

non toxique • très bien toléré • sans contre-indication  
comprimés à 0,10 mg et 0,25 mg • 2 à 6 par jour

LABORATOIRES CIBA • 111, Bd VIVIER-MERLE • LYON • 57, QUAI D'ORSAY • PARIS



Deux autres, vus en décembre (l'un âgé de 3 ans 1/2) n'ont eu que 2 mois 1/2 et trois mois de traitement local.

Par la suite, la durée a été abaissée à 2 mois pour des enfants de 5 à 10 ans, puis à 1 mois (une petite malade de 3 ans), 21 jours (enfant de 6 ans).

Enfin, un jeune garçon de 5 ans n'a eu aucune injection intra-rachidienne.

Ces enfants, au nombre total de 14, ont tous guéri.

Le fait n'est pas seulement satisfaisant en lui-même. Il prouve une fois de plus que la mortalité est due essentiellement aux diagnostics tardifs.

Si en effet, nous avons décidé d'écouter le traitement chez ces 14 malades, c'est parce que nous les savions entrepris avec précocité.

Mais il faut se garder d'estimations trop optimistes. Il est certain qu'en la matière, les appréciations doivent être garanties par une large marge de sécurité.

Le début de la maladie est souvent difficile à fixer avec précision car les anamnestiques sont en général confus.

La prudence est de s'assurer que la conscience n'est absolument pas perturbée et que le malade n'a reçu aucun traitement susceptible de favoriser la torpidité du tableau clinique.

Nous ne pouvons malheureusement pas obtenir des tracés électro-encéphalographiques systématiques à l'entrée. Ils constituent un élément aussi objectif que possible d'appréciation de la gravité.

C'est pourquoi notre attitude au sujet de la question de la suppression du traitement intrarachidien reste très circonspecte.

Le genre de malades auxquels nous avons affaire en Tunisie ne permet pas selon nous, et d'une façon très générale, de discuter raisonnablement des possibilités de s'abstenir du traitement local et encore moins des possibilités de se contenter pour tout traitement de suppléatoires d'I.N.H.

Il ne faut pas oublier que de toute façon l'étude du liquide céphalo-rachidien reste le meilleur moyen de suivre une méningite tuberculeuse.

Sans doute les perturbations du liquide ne sont-elles pas absolument superposables aux signes cliniques, mais seule l'amélioration progressive de tous les taux cytologiques et chimiques suivie par des examens successifs, permet de conclure à l'évolution favorable de la maladie et par conséquent, d'ajuster la thérapeutique.

C'est dire la nécessité de répéter les prélèvements de liquide et l'impossibilité d'éviter complètement au malade l'inconvénient des ponctions.

*En conclusion* ayant expérimenté nous-mêmes, et avec de bons résultats, les dispositions nouvelles du traitement de la méningite tuberculeuse sur une échelle qui approche celle des plus importantes statistiques mondiales, nous nous croyons justifiés à apporter une note de circonspection.

Nos résultats restent très insuffisamment améliorés et il n'est que rarement possible d'alléger les traitements parce que nos méningitiques sont souvent de très jeunes enfants et parce qu'ils sont souvent amenés ou envoyés après plusieurs jours ou semaines d'évolution.

Ces constatations soulignent une fois de plus les composantes socio-économiques du problème.

Elles montrent l'importance de repousser toujours plus loin le moment de la tuberculisation de l'enfant aussi bien par la vaccination que par l'amélioration des conditions d'habitat et la stérilisation des cracheurs de bacilles.

Elles montrent la nécessité d'éduquer les familles et de les canaliser vers les dispensaires.

Elles prouvent l'insuffisance de l'équipement hospitalier.

Ces évidences ne seront malheureusement jamais ressassées.

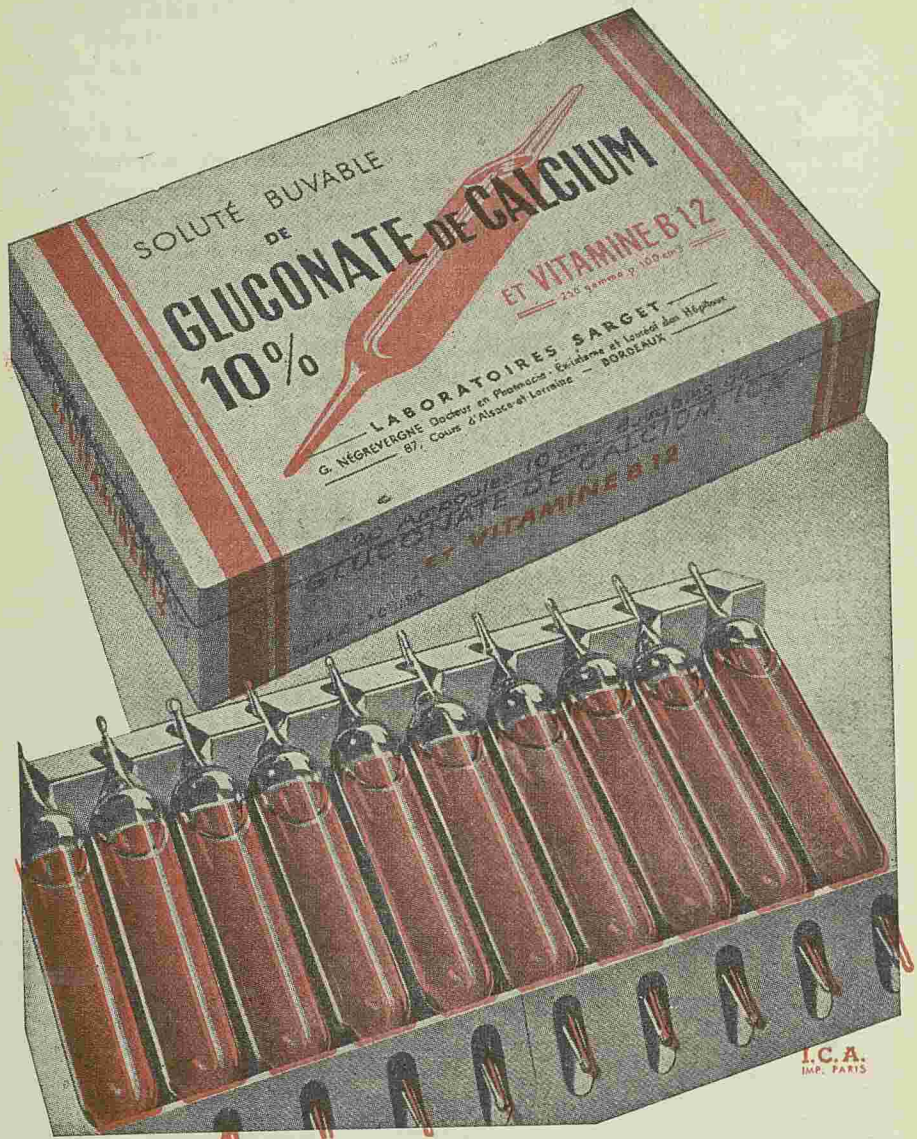
**NEURINASE**  
SOLUTION. COMPRIMÉS. SUPPOSITOIRES  
*amorce le*  
*sommeil naturel*  
VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITOL A FAIBLE DOSE

**ALEPSAL**  
COMPRIMÉS. SUPPOSITOIRES  
PHÉNOBARBITAL. BELLADONE STABILISÉE. CAFÉINE  
10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1½ Cg. DYSTONIES  
*simple, sûr, sans danger*

*Nouvelle Forme: Suppositoires*

Remboursés Sécurité Sociale

LAB. GÉNÉVRIER  
45, Rue Michelis  
NEUILLY-PARIS



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN  
14 bis, Rue Arago — TUNIS



## Réaction - surprise à la suite de l'application d'une pommade anti-fongique à base de tétra-méthyl-thiuram

par M. le Dr Elie COHEN-HADRIA

---

Le lundi 12 décembre 1955, presque tout de suite après déjeuner, un garde mobile fort inquiet se présentait à mon cabinet, demandant à être reçu d'urgence.

Introduit immédiatement, il me raconta qu'il était en instance de rapatriement en France. Comme il avait commis quelques imprudences sexuelles et qu'il présentait autour des organes génitaux une éruption qui lui avait paru suspecte, il avait consulté quelques jours auparavant un médecin militaire. Celui-ci avait parlé de champignons, et prescrit une pommade.

Il avait appliqué cette pommade mais les lésions locales ne paraissaient pas s'être améliorées et, ce qui était plus grave, il présentait maintenant des troubles généraux. La veille, dimanche, au déjeuner de midi, il avait eu brusquement très chaud, il était devenu tout rouge, il avait eu des palpitations, des sensations d'angoisse et d'étouffement et des nausées.

Le phénomène s'était reproduit, plus intense il y avait à peine une demi-heure, toujours au déjeuner. C'est pourquoi, affolé, il était accouru consulter un spécialiste civil. Il se trouvait d'ailleurs déjà un peu mieux.

Interrogé sur la quantité de boissons alcooliques ingérées au cours de ces deux repas, il avait déclaré : « un bon quart de vin, mais pas d'apéritif, ni de digestif ».

Dès ce moment, l'affaire me parut très claire, et je n'eus qu'à compléter l'examen et l'enquête pour voir confirmés mes soupçons. La lésion cutanée était bien une épidermomycose et le confrère militaire avait fait un diagnostic exact. Quant aux troubles observés, ils étaient absolument authentiques mais la cause ne devait pas en être cherchée dans la punition du péché vénérien par une maladie grave, comme avait l'air de le craindre notre garde mobile atteint à la veille de rentrer chez lui d'un certain complexe de culpabilité, mais plus simplement dans le fongicide employé.

Celui-ci était en effet un produit spécialisé à base de *tétraméthyl thiuram*. Or, vous connaissez certainement l'*antabuse* qui sert à désintoxiquer les alcooliques et vous savez le mécanisme de son action : l'administration de ce produit, si elle est suivie d'absorption d'alcool, provoque des troubles impressionnants : congestions du visage, nau-

# HEXOLINE

(Fructose — Diphosphate de calcium)

—o—

**HEXOLINE - GLYCOCOLLE**

**HEXOLINE - CORTICO - SURRENALE**

**HEXOLINE - PILOCARPINE - PHÉNOBARBITAL**

—o—

**Etats dépressifs — Asthénies — Surmenage cérébral**

**Insuffisance surrénale — Hypertension**

—o—

Présentation dans chaque formule : Tube de 100 dragées

—o—

*Documentation et échantillons sur demande*

—o—

---

Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

sées, vomissements, palpitations, etc... qui finissent par créer un réflexe conditionné et par dégoûter le sujet de l'alcool. Or, l'antabuse est à base de tétraméthyl thiuram, donc chimiquement très proche voisin de notre fongicide.

Ce sont là choses connues des dermatologistes qui n'emploient ce fongicide — malgré ses qualités remarquables — que de façon prudente, et en recommandant d'éviter pendant le traitement l'absorption de boissons alcooliques. Ce sont également choses connues de la maison qui fabrique le produit et qui fait dans ses prospectus la même recommandation. Mais elles sont ignorées habituellement des médecins non spécialisés, et comme les épidermomycoses sont devenues très fréquentes, il m'a paru utile de leur raconter cette petite histoire clinique.

Le problème dépasse d'ailleurs son aspect pittoresque de pratique médicale amusante, et il mériterait d'être approfondi avec le concours des psychiatres et des chimistes.

En effet l'antabuse se prescrit à des doses assez élevées de 0,50 centigrammes au moins. La pommade fongicide en cause est à 5 %.

Même si l'on admet que, s'agissant d'une pommade pénétrante, la totalité du produit appliqué sur la peau a été absorbée par l'organisme, une onction sur une zone aussi limitée n'a pas dû comporter plus de un ou deux grammes de pommade, soit 0,05 à 0,10 cg de produit. Par ailleurs les quantités d'alcool absorbé sont assez minimes et je n'ai pas à douter de la parole du malade que j'avais suffisamment rassuré et mis en confiance pour qu'il m'ait avoué quelques verres de plus s'il y en avait eu.

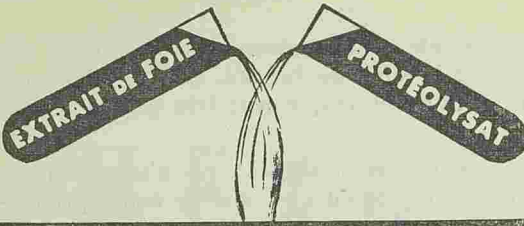
Ainsi donc, des réactions désagréables peuvent se produire avec des doses même très minimes de tétraméthyl ou de tétraéthyl thiuram.

Cela peut ouvrir des horizons intéressants sur la technique d'administration de l'antabuse. Je laisse aux psychiatres le soin de les explorer.

En conclusion et pour en revenir à mon sujet de pratique dermatologique, il est donc utile de savoir que, même si on prescrit *par voie externe* un antifongique à base de tétraméthyl thiuram, il est prudent d'interdire provisoirement au malade l'absorption de vin ou d'alcool, ou au moins de le prévenir qu'il risque de voir apparaître quelques maux au demeurant sans gravité — et qui présentent peut-être même subsidiairement l'avantage de créer à moindres frais le même réflexe conditionné antialcoolique que l'absorption d'antabuse.

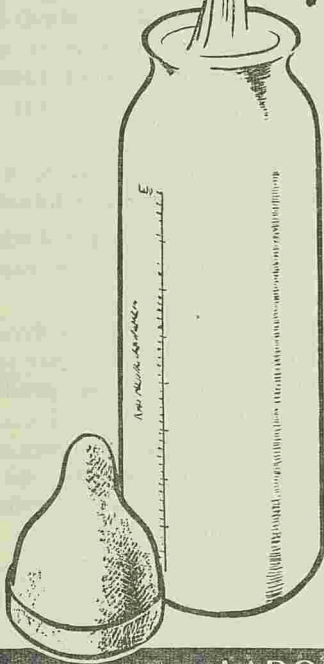






# PROTIGÉNYL

*ingérable  
pour  
nourrissons*



TROUBLES  
de la  
CROISSANCE

ANÉMIES - CARENCES

ALIMENTATION D'APPOINT  
DES NOURRISSONS  
DÉFICIENTS ET PRÉMATURÉS

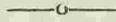
Une ampoule (stérile)  
par 3 kg de poids corporel  
et par jour

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

## Un cas de méningite à Salm. typhi chez le nourrisson

par M. KHIARI et G. RENOUX



Il nous a paru intéressant de présenter cette observation, car si les méningites à Salmonelles et à germes intestinaux ne sont pas exceptionnelles, elles sont du moins rares. En 1947, CATHALA et STRAUS colligent 97 cas de méningites à Salmonelles dans la littérature médicale. En dix ans, William SHIELD, sur 776 méningites, n'en observe qu'une seule due au colibacille.

R. DÉBRE et ses collaborateurs, entre 1940 et 1946, dans le service de la Clinique des Enfants Malades, ne trouvent que quatre cas de méningites suppurées à Salmonella ou à germes intestinaux, alors qu'en 1947 ils en constatent 28 cas. Une véritable épidémie a sévi alors à Paris, puisque des faits analogues ont été observés dans d'autres services hospitaliers et crèches. A signaler qu'à la même époque, une petite épidémie de typhoïde et surtout de paratyphoïde B régnait.

R. DÉBRE insiste sur la fréquence relative des infections générales et des méningites suppurées à germes intestinaux chez le nourrisson.

Les méningites à Salmonella et à germes intestinaux sont l'apanage du premier âge : les nouveau-nés surtout et les tout jeunes nourrissons en sont frappés. Dans une statistique de DÉBRE, on trouve :

- de 0 à 1 mois : 11 cas;
- de 1 à 6 mois : 11 cas;
- de 6 à 12 mois : 6 cas.

Le 5 novembre 1955 au soir, le jeune L. B., âgé de 10 mois, nous est adressé au Service des Contagieux à l'Hôpital E. Conseil, par un de nos confrères, pour méningite aiguë, avec température 40° 8. L'interne de garde qui le reçoit pense à une méningite à méningocoques et met le petit malade à 500.000 U.O. de Pénicilline, 0 g,25 de Streptomycine et 2 g,50 de Thiazomide.

Le lendemain, nous retrouvons le petit malade, qui est en assez bon état général, couché près de sa mère, en chien de fusil, la tête fortement rejetée en arrière, dans un état de tупhos marqué, avec température à 39°. La mère nous indique que la maladie a commencé brusquement, en pleine santé, quatre jours avant l'entrée, par de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée et de la toux. Interrogée sur les antécédents du petit malade, elle nous raconte qu'elle a été rendre visite, en compagnie de son fils, un mois et demi environ auparavant, à une petite parente qui présentait un épisode fébrile et qu'elle a mis à son enfant une culotte de la petite malade.

# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poupon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT  
OLÉO  
INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.  
SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice

du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

× gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

**MODE D'EMPLOI :** 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS



A l'examen du malade, on note une raideur marquée de la nuque, avec tête en hyperextension, et un léger Kernig. L'abdomen est souple, non douloureux. Il n'y a ni gros foie, ni grosse rate; pas d'angine non plus. L'auscultation du cœur révèle des bruits normaux, celle des poumons une légère bronchite généralisée.

Une ponction lombaire ramène un liquide souillé de sang, mais très louche, dans lequel l'examen bactériologique relèvera la présence de *bacilles d'Eberth*, avec de très nombreux polynucléaires. L'examen chimique donne 6 g de chlorures et 2 g d'albumine.

Le 8 novembre, au vu de ces résultats, et le petit malade gardant difficilement ses biberons, il est mis à 2 g de Chloramphénicol en suppositoires et on arrête le traitement par Pénicilline, Streptomycine et Thiazomide. La température qui oscillait entre 39 et 40°, baisse à 38° et s'y maintient pendant quelques jours. Ce nourrisson présente à ce moment du strabisme et des phénomènes convulsifs qu'on calme par du Gardéнал et du Largactil. L'état général n'est pas mauvais. La diarrhée nous oblige à remplacer les suppositoires de Chloramphénicol par du Chloramphénicol injectable (1 g).

Une nouvelle ponction lombaire pratiquée huit jours après le début du traitement par Chloramphénicol ramène un liquide encore louche, légèrement purulent, dans lequel l'examen bactériologique révèle encore des bacilles d'Eberth et l'examen chimique 1 g, 20 d'albumine et 6 g, 43 de chlorures. Un séro-diagnostic pratiqué le même jour est positif au 200° à l'Eberth, et un examen de selles pour recherche de Salmonelles est négatif.

L'état général du petit malade, malgré des épisodes de tujhos plus ou moins marqué, n'est pas trop mauvais. Les vomissements et la diarrhée sont arrêtés.

On décide à ce moment, pour renforcer l'action antibiotique, d'associer 0 g, 50 par jour d'Auréomycine en poudre au Chloramphénicol, et comme ce très jeune malade supporte difficilement les injections, on donne 0 g, 50 de poudre de Tifomycine et 1 g en suppositoires, en même temps que des complexes vitaminiques (Vitamine B, C et PP).

Dix jours plus tard (25 novembre) une nouvelle ponction lombaire ramène encore un liquide louche qui contient encore des bacilles d'Eberth. On continue le même traitement (association Chloramphénicol Auréomycine). La température descend à 37° (le 25 novembre) et s'y maintient.

Une quatrième ponction lombaire, pratiquée dix jours après la troisième, ramène un liquide encore légèrement louche, mais stérile après culture, dans lequel l'examen chimique donne 1 g, 35 d'albumine et 5 g, 55 de chlorures.

Malgré un léger amaigrissement, l'état général du petit malade est assez bien conservé. Le strabisme a presque disparu. La nuque est nettement moins raide; il n'y a plus de Kernig. Nous poursuivons néanmoins le traitement et 15 jours plus tard nous pratiquons une nouvelle ponction lombaire qui ramène un liquide clair dans lequel l'examen cyto-bactériologique révèle la présence d'environ 176 leucocytes par  $\text{mm}^3$  (30 % de polynucléaires et 70 % de lymphocytes) mais l'absence de bacilles d'Eberth après culture. Nous arrêtons alors le traitement par antibiotiques (2 décembre). Le petit malade continue d'aller de mieux en mieux du point de vue général. Mais malheureusement nous constatons à ce moment des troubles visuels et un examen du fond de l'œil révèle des papilles pâles à bords nets (7 janvier 1956). Il ne semble pas y avoir d'autres troubles nerveux. L'enfant gesticule normalement, prend bien ses biberons et augmente régulièrement de poids.

Cette observation, brièvement résumée, appelle quelques remarques.

Nous notons la brusquerie du début de l'infection éberthienne chez ce nourrisson de 10 mois jusqu'alors en parfaite santé. La complication méningée s'installe d'emblée et domine la scène. Pour R. DÉBRE les débuts sont généralement plus insidieux.

On remarquera aussi la lenteur d'action des antibiotiques utilisés, la longue durée de l'évolution. La souche de *Salmonella typhi* en cause est normalement sensible in vitro, à l'Auréomycine et au Chloramphénicol. Il a fallu cependant près de 50 jours pour obtenir la stérilisation du L.C.R. et la sédation complète des signes cliniques aigus. Cela est dû à l'imperméabilité relative de la barrière hémé-méningée aux antibiotiques employés.

En fait, il paraît bien que les méningites à Salmonelles du nourrisson soient toujours d'un pronostic grave. Dans une publication récente SMITH analyse 16 cas de telles méningites chez les nourrissons causées par 8 Salmonelles différentes. Chaque petit malade a reçu 2 à 5 antibiotiques : 9 guérisons, 6 morts, 1 retard mental.

Dans le cas que nous rapportons aujourd'hui, si le pronostic vital est devenu lentement excellent, les résultats de l'examen du fond de l'œil laisseraient à craindre l'établissement de lésions neurologiques irréversibles.

#### R E S U M E

Chez un nourrisson de 10 mois, apparition brutale d'un état méningé aigu dû à *Salmonella typhi*. La guérison n'est obtenue qu'après 50 jours de traitement par antibiotiques fongiques. Cependant, l'examen du fond de l'œil laisse craindre des séquelles neurologiques.

## B I B L I O G R A P H I E

- CAMATA R. : Contribution à l'étiologie de la méningite purulente par bacille typhique — *Pediatrics*, 1940, 1, 59.
- FACATSELLE N. : Les manifestations méningées et les méningites d'origine éberthienne ou paratyphiques — *Arch. méd. Enfants*, oct. 1939, 42, 615-626.
- FONTAN, VERGER et Coll. : Méningite à bacille paratyphique B chez un nouveau-né d'un mois; traitement par Streptomycine — *Arch. franç. Péd.*, 1945, 5, N°4, 439.
- MESLIN H. : A propos de deux cas de méningite aiguë purulente à bacille du groupe typhique observé chez des nourrissons — Thèse Paris, 1940, N° 62.
- RIPY H. W. : Fièvre typhoïde compliquée de méningite typhoïdiale chez un nourrisson. Echec du traitement par la Chloromycétine, mais guérison par l'Auréomycine — *Arch. franç. Péd.*, mars 1950, 36, N° 3.
- SMITH E. S. : *Salmonella meningitis* in Infancy — *Am. J. Dis. Children*, 1954. 88, 732-739.
- 

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

8 gammas  
Vitamine B<sub>12</sub>

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS



*Le premier Spasmo-plégique*

# BUSCOPAN

SPASMES DES ORGANES  
ABDOMINAUX ET PELVIENS

- *Ulcères gastro-duodénaux*
- *Constipation ou colite spasmodiques*
- *Dyskinésies des voies biliaires et urinaires*
- *Dysménorrhées - Dystocies spastiques*

Dragées à 0,01 g (Boîte de 40) - 1 ou 2 dragées 3 fois par jour  
Ampoules à 0,01 g (Boîte de 6) - S. C., I. M. ou I. V.  
Suppositoires à 0,01 g (Boîte de 6) - 1 à 3 suppositoires par jour

Remboursé par la

Sécurité Sociale



LABORATOIRES DELAGRANGE  
39, Bd de Latour-Maubourg - PARIS-7<sup>e</sup>

## Société de Médecine de Paris

SEANCE DU 26 JANVIER 1956

*Communications :*

- Henri BARANGER : *Essai en Dermatologie d'une association locale d'Antiseptique et d'Anti-Inflammatoire.*

L'auteur rapporte les conclusions de ses premiers essais dans les dermites inflammatoires surinfectées, d'une préparation associant l'acétate d'hydrocortisone et le benzododécinium. Ce dernier corps est un ammonium quaternaire de pouvoir antiseptique puissant, à la fois bactéricide et fongicide, dont l'intérêt majeur semble résider dans sa non-toxicité et surtout dans l'absence de phénomènes de sensibilisation à son contact. Cette préparation s'est révélée efficace dans dix cas sur les onze rassemblés.

- F. MAUVOISIN et J. BERNARD : *Hyaluronidases Streptococciques et Antihyaluronidasiques de Synthèse.*

Les auteurs rappellent que les hyaluronidases streptococciques sont des éléments concourant d'une façon très active à la diffusion des lésions tissulaires, tant locales (complications in situ des angines), que générales (rhumatismes post-angineux, R.A.A., glomérulo-néphrites).

Ils signalent l'action de certains corps anti-hyaluronidasiques et en particulier de l'un deux, l'amine tricarboxylate d'ammonium qui vient de faire l'objet d'études récentes. Ce dernier par absorption orale est une sorte d' « Anticorps » local de valeur prophylactique non négligeable.

- PORGE : *Le traitement des infections urinaires par la Tétracycline.*

Par son administration facile, par son large spectre antimicrobien, par son innocuité pour le rein, par sa parfaite tolérance en dépit de l'insuffisance rénale, la Tétracycline paraît être actuellement le plus efficace des antibiotiques dans le traitement des infections urinaires.



# BECANTEX

SIROP

*Enfin un apport valable  
de la Chimiothérapie de Synthèse  
dans la thérapeutique de  
la*

## TOUX

C'EST UN PRODUIT  
**NOUVEAU**

DE

*Labaz*

*Editions* LABO

4, RUE DE GALLIERA \* PARIS 16<sup>e</sup>

*v. casini*

TUNISIE : Ets NOTE, 61, Av. Garros - TUNIS - Téléphone : 282.090



## Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

SEANCE DU 16 JANVIER 1956

*A propos de 4 cas de tétanos ombilicaux*, par MM. J. THIODET, A. FOURRIER, J. MASSONNAT et H. DEYME.

Sur 4 tétanos ombilicaux observés en moins d'un mois trois sont morts. Les Auteurs recherchent les causes de leurs échecs. Celles-ci sont au nombre de trois :

- les accidents sériques extrêmement graves à cet âge;
- les accidents respiratoires;
- les accidents de dénutrition : la réalimentation de ces nourrisson étant très difficile.

*Tétanos obstétrical : Guérison*, par MM. J. THIODET, A. FOURRIER, J. MASSONNAT et H. DEYME.

Les Auteurs rapportent l'observation d'un tétanos obstétrical survenu 8 jours après un accouchement en milieu septique. La guérison fut obtenue en trois semaines de traitement associant la séroanatoxithérapie de Ramon à une anesthésie continue provoquée par le rectanol et les barbituriques à une trachéotomie, à la cortisone et aux anaesthésiques cardiovasculaires habituels.

*Hémoglobininurie après injection de P.A.S. ascorbique chez une femme musulmane de 60 ans*, par MM. A. HUGUENIN, P. GRIGUER et R. BOURDON.

Les Auteurs rapportent l'observation d'une femme musulmane de 60 ans, atteinte de tuberculose ganglionnaire cervicale qui, au 7<sup>e</sup> jour d'un traitement par P.A.S. ascorbique présente une hémoglobininurie grave. Ictère, anémie à 2 millions, Azotémie d'1 gr 13. Le test de Coombs indirect à 4<sup>e</sup> est positif et fortement sensibilisé par contact avec une solution de P.A.S. à 1/100.000. Action nulle des témoins. Guérison par exsanguino-transfusion, puis transfusions répétées et Cortisone. Intérêt des tests immunologiques pour démontrer la sensibilisation médicamenteuse.

*Etats dépressifs d'allure mélancolique au cours du traitement de l'hypertension artérielle par la Réserpine ou les alcaloïdes de « Rauwolfia Serpentina »*, par M. G. DUBOUCHER.

Cinq observations observées en moins d'un an attirent l'attention sur les inconvénients possibles du Rauwolfia administré à forte dose ou sur terrain prédisposé. La responsabilité de la Réserpine seule

# LACTO-SÉRUM LAVRIL

*poudre atomisée*

remboursé S.S. et A.M.G.  
(Art. 64 Hôpitaux).

rétablit l'équilibre fonctionnel de l'intestin

*particulièrement indiqué  
chez la femme enceinte*

traite à la fois  
**la constipation  
et ses complications**

colite  
intoxication  
colibacillose, syndrome entéro-rénal

1 à 3 cuillerées à soupe dans 1 verre d'eau le matin à jeun

Lavril

13, rue Péclet Paris 15<sup>e</sup>

paraît comparable à celle du mélange d'alcaloïdes. Il n'existe aucun parallélisme entre l'effet hypotenseur et l'apparition des troubles psychiques.

*Infantilisme et sténose pylorique d'origine ulcéreuse*, par MM. A. HUGUENIN et P. BACQUÈRE.

Les Auteurs ont observé un musulman de 18 ans atteint d'Infantilisme eumorphique sans retard psychique, le morphogramme correspondant à 12 ans. Syndrome ulcéreux depuis six ans. Confirmation radiologique d'une sténose pylorique serrée due à un bloc scléreux autour d'un ulcère postérieur du bulbe. Gastrectomie. Résultats remarquables dans les mois suivants sur le développement somatique et pubertaire retardé. Les Auteurs rappellent les diverses formes d'infantilisme nutritionnel d'origine digestive et soulignent l'importance des carences alimentaires dont les sténoses digestives démontrent quasi-expérimentalement le rôle.

*Deux cas de néphrose lipéidique traités par la cure de Chaptal*, par MM. J. THIODET, P. BABEAU, P. SUDAKA et D. TIMSIT.

Les Auteurs présentent deux cas de néphrose lipéidique qui ont répondu de façon différente au traitement hormonal.

L'une d'évolution récente survenue au décours d'une angine a été guérie par la thérapeutique cortico-surrénale, administrée selon la méthode de Chaptal.

L'autre, plus ancienne, n'a été nullement influencée par ce traitement; bien au contraire, à la suite de l'hormonothérapie, il y a eu une aggravation clinique et biologique manifeste.

Les Auteurs tirent des déductions pathogéniques de ces deux observations.

*Une conception du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal*, par MM. F. LAGROT, J. GRECO et G. ANTOINE.

Les Auteurs rapportent leur conception personnelle du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal, basée sur l'étude de 342 ulcères opérés depuis 1947. Ils proposent comme interventions de choix, soit une gastrectomie (technique personnelle) avec résection de la petite courbure et confection d'un réservoir tubulé sur la grande courbure, rendue physiologiquement inactive et rétablissement de la continuité par anastomose gastro-duodénale à la Péan, soit la Vagotomie bilatérale sous-diaphragmatique avec gastro-duodénostomie (Technique personnelle). Ces deux interventions satisfont aux trois grands principes : Abaisser l'acidité gastrique; Respecter la fonction réservoir de l'estomac; Conserver le circuit gastro-duodénal. Les Auteurs s'orientent vers une chirurgie résolument conservatrice afin d'éviter les conséquences graves d'une chirurgie gastrique mutilante,



*La surrénalectomie bilatérale est-elle justifiée dans la maladie de Léo-Buerger*, par MM. F. LAGROT, G. ANTOINE, J. GRECO.

Les Auteurs rapportent l'observation d'un jeune homme de 22 ans, présentant une maladie de Léo-Buerger très évolutive et hautement douloureuse, non améliorée par les divers traitements classiques. Une surrénalectomie gauche associée à une résection de la chaîne sympathique du même côté n'apporte qu'une amélioration transitoire de trois semaines. Devant la reprise de l'évolution, les Auteurs pratiquent une surrénalectomie droite associée à une résection de la chaîne sympathique. Cette surrénalectomie bilatérale en deux temps amène un arrêt des phénomènes évolutifs, la guérison rapide de l'ulcération, la disparition totale des douleurs. Le résultat se maintient depuis 9 mois.

Pour les Auteurs, l'indication de la surrénalectomie totale doit être discutée chaque fois que la surrénalectomie gauche donne un résultat incomplet : les opérés à résidu trophique ou à résidu douloureux paraissent devoir tirer le plus grand profit de cette intervention actuellement bien réglée. La Cortisone ou l'Hydro-Cortisone permet de pallier facilement l'insuffisance surrénale chirurgicale.

#### SEANCE DU 1<sup>er</sup> FEVRIER 1956

*Présentation d'un Singe au dix-septième jour d'une inoculation de 500 milligrammes de bacilles de Koch I.N.H. résistant*, par A.C. LACROIX, A. SAYAG, Th. DOUARD.

Les Auteurs ont inoculé trois singes, deux par voie veineuse, un par sonde œsophagienne. Dans l'intention de permettre aux membres de la Société de suivre le déroulement de l'expérience, ils présentent un des trois inoculés, pesant 2,500 kg qui au dix-septième jour, n'offre aucune altération de la santé : appétit, vivacité, poids sans changement. Réaction à la tuberculine : type VON PIRQUET et MANTOUX, toujours négative - Téléthorax normal.

La question posée est celle de savoir si les B.K., I.N.H. résistant, peuvent être approchés du B.C.G. en ce qui concerne l'établissement de la prémunition.

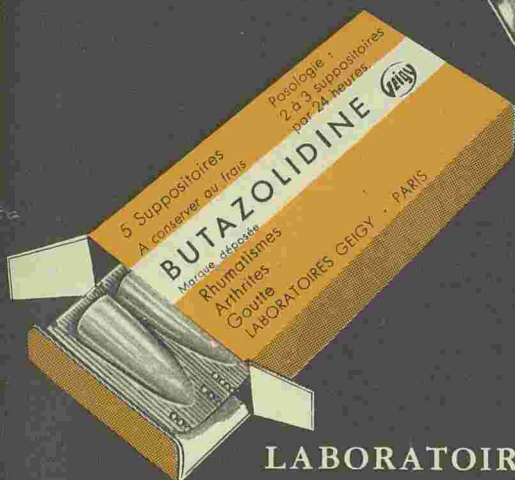
*Staphylococcémies et staphylococcies métastatiques*, par MM. J. THIODET, A. FOURRIER, J. MASSONNAT, C. CABANEL et H. DEYME

Les Auteurs présentent, sous le titre de staphylococcémies et métastases viscérales, deux observations de staphylococcie viscérale.

L'une pulmonaire, où le film évolutif radiologique des embolies pulmonaires microbiens a pu être suivi.

L'autre urinaire, réalisant une anurie par néphrite tubulaire staphylococcique, qui est une éventualité rare.

# DEUX ANTIRHUMATISMAUX



LABORATOIRES GEIGY - PARIS



Hypnotique et sédatif léger

**Médomine**

LABORATOIRES GEIGY - PARIS



# MÉDOMINE

FORMULE

Cycloheptényléthylmalonylurée . . . . . 20 C  
Excipient . . . . . q. s. pour un con

Visa 2659-4-916



*Evolution d'une leucémie myéloïde chronique après splénectomie pour rupture spontanée de la rate*, par MM. Ed. BENHAMOU, A. HUGUENIN, A. ALBOU et G. AKOUN.

Les Auteurs rapportent l'observation d'un homme de 61 ans, ayant subi une splénectomie pour rupture spontanée d'une rate augmentée de volume depuis un an environ. Le diagnostic de leucémie myéloïde est posé pendant les suites opératoires. Traitement par liqueur de Fowler. Revu un an après, leucocytose massive, métaplasie myéloïde à la ponction biopsie du foie. Téléradiothérapie peu efficace. Les Auteurs soulignent la valeur quasi-expérimentale de cette observation qui confirme les indications strictement limitées de la splénectomie comme traitement de la leucémie myéloïde.

*Nécrose caséuse en grelot dans une caverne simulant une rétention de membrane d'hydatide rompue*, par M. J. LOUBEYRE, Mlle E. FARKAS et P. GRANGAUD.

Observation qui a posé un problème de diagnostic délicat et soulevé celui de la production d'une volumineuse escarre pulmonaire dans une caverne tuberculeuse.

*Gynécomastie, cirrhose du foie et méningo-encéphalite occulte*, par MM. A. HUGUENIN, A. ALBOU, G. AKOUN et P. SUDAKA.

Les Auteurs rapportent l'observation d'un ouvrier agricole musulman, âgé de 31 ans qui présente : 1° un féminisme avec gynécomastie bilatérale confirmée par biopsie, une élimination de 65 phénolstéroïdes, de 4 mmg, 9 de 17 cétostéroïdes, la biopsie testiculaire est normale; 2° une cirrhose hypertrophique non ascitogène d'origine nutritionnelle, confirmée par électrophorèse, splénoportographie et ponction-biopsie du foie; 3° une méningo-encéphalite occulte avec hypercétose du liquide péricéphalique, un trouble psycho-électrique et un blocage périchiasmatique à l'encéphalographie gazeuse. Les Auteurs étudient les troubles du métabolisme hormonal selon les acquisitions récentes et ceux de la réceptivité tissulaire d'origine centrale.

INNOVATIONS  
innothéro  
THERAPEUTIQUES

**MUCINUM**  
DOUX  
LAXATIF

1 à 2 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

# TONI-CARDIAQUE

## DILATATEUR DES CORONAIRES

ANGINE DE POITRINE  
HYPERTENSION ARTÉRIELLE  
INSUFFISANCE CARDIAQUE  
ASTHME CARDIAQUE  
ARTÉRITE DES EXTRÉMITÉS  
CŒUR SÉNILE

AUCUNE TOXICITÉ  
NI ACCUMULATION  
AMPOULES - DRAGÉES  
Remboursé par la S. S.

TP



# CORTUNON

## FREYSSINGE



6, Rue Abel. PARIS



## Société Médicale de l'A.O.F.

Réunion du 5 janvier 1956

*Présentation des communications :*

*Calcification des canaux déférents, considérations physiopathologiques*, par MAZAUD (R.), PELLEGRINO (A.).

Calcification des canaux déférents, découverte fortuitement chez un diabétique floride; intérêt radiologique; discussions étiopathogéniques et essai d'intégration dans le cadre des mutations calciques des diabètes de la présénescence.

*Les échanges électrolytiques au cours de la réparation azotée dans le Kwashiorkor*, par PILLE (G.), SÉNÉCAL (J.), DUPIN (H.), PALANCADE (P.).

La cryoscopie sanguine et l'étude des électrolytes par photométrie à flamme montre une légère hypotonie des espaces extra-cellulaires chez l'enfant œdémateux atteint de Kwashiorkor. L'hypokaliémie est très nette. Une réparation azotée intensive par des protéolysats et un régime hyperprotidique provoque une fonte des œdèmes avec une élimination chlorurée sodique aniso-ionique en faveur de l'ion chlore. Cette donnée, complétée par une forte rétention potassique au cours de la protéinogénèse, a incité l'association de fortes doses de citrate de potassium à la thérapeutique azotée.

*A propos d'un cas de rupture utérine*, par SOHIER (H.L.M.), LONG (M.), FUSTEC (R.).

Les auteurs présentent un cas de rupture utérine survenue à la période d'expulsion chez une multipare. L'origine de cette rupture remonte à un curetage pratiqué deux ans auparavant pour séquelles d'abortum. Après le curetage, la malade a eu un accouchement prématuré et c'est qu'au cours d'un deuxième accouchement à terme, suivant la perforation, que la rupture utérine s'est produite. La vérification de la pièce confirme cette façon d'interpréter les faits et permet aux auteurs quelques commentaires.

*Un nouvel organisme de dépistage et de soins de la tuberculose : le Centre de Phthisiologie de Dakar. Sa place dans notre armement antituberculeux*, par HECKENROTH (M.), Médecin Chef du Centre.

A l'occasion de l'installation du Centre de Phthisiologie dans ses nouveaux locaux, l'auteur rappelle les données qui ont présidé à la conception de ce service et apporte quelques précisions sur son organisation et son fonctionnement, en liaison avec les autres institutions antituberculeuses : Hôpitaux, Dispensaires, Centres de Protection Maternelle et Infantile et de B. C. G., Services sociaux, etc....



Nouveau

# AMŒBAL

MERCAPTO-ARSENICAL

(ARSENIC ORGANIQUE TRIVALENT EN LIAISON CHIMIQUE AVEC SON ANTIDOTE LE B.A.L.)

*ce  
nouvel anti-amibien  
de toxicité infime*

RÉNOVE  
LA THÉRAPEUTIQUE DES FORMES  
SUBAIGUËS et CHRONIQUES

*Efficacité maximum  
en un temps minimum*

5



COMPRIMÉS  
PAR JOUR  
PENDANT

5

JOURS

chaque comprimé  
contient 100 millig.  
d'AMŒBAL

TORAUDE

AMŒBAL

- ▶ s'administre à PETITES DOSES  
10 millig./K. par jour - MAXIMUM 500 millig. par 24 h.  
en une seule prise, le matin avant le petit déjeuner
- ▶ négative les selles en CINQ JOURS
- ▶ ne provoque pas de réactions secondaires
- ▶ présente un large éventail d'activités  
AMIBIASES SUBAIGUËS ou CHRONIQUES  
LAMBLIASES — BALANTIDIASES  
TRICHOMONASES INTESTINALES — PIAN

Réunion du jeudi 2 février 1956

Présentation des communications :

*Un kyste paradentaire à développement antral*, par L. AMLON.

A propos d'un kyste paradentaire à développement antral non diagnostiqué pendant trois ans parce que la radiographie qui s'imposait n'avait pas été faite, nous avons tenu à rappeler l'importance des sensations paresthésiques en O.R.L. et la nécessité d'un examen objectif patient et complet en pratique médicale.

*Invagination iléo-iléale par lymphosarcome du grêle*, par H. BEZÈS, V. MAUPE VOVOR, J. D'ALMEIDA.

Chez une Africaine de 25 ans laparotomisée pour un syndrome occlusif, l'intervention découvre une invagination iléo-iléale pure, engendrée par une tumeur sessile implantée sur la dernière anse grêle. Entérectomie suivie d'anastomose iléo-iléale, termino-terminale, siègeant à 2 centimètres en amont de la valvule. L'examen histologique ayant répondu : lymphosarcome lymphocytaire, traitement radiothérapique. Apparition de métastases généralisées — dont 4 cardiaques — et décès 4 mois après l'épisode occlusif initial. considérations d'ordre étiologique, anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique.

*Intérêt du test de Rorschach comme examen systématique du personnel hospitalier en début de stage*, par C. BARDET.

Le test de Rorschach qui est utilisé fréquemment pour la sélection du personnel hospitalier en France, au point de vue moral et caractériel paraît très appréciable pour réaliser la même sélection parmi le personnel africain.

On notera cependant quelques caractéristiques spéciales dans les résultats globaux de ce test portant en particulier sur une rétraction de l'émotivité dont il serait intéressant de suivre l'évolution au cours du stage.

*Le traitement des hépatites ictériques par l'acide-béta-1-méthoxy-4-naphtoyl-propionique (Ictéryl)*, par P. PÈNE.

Vingt-quatre malades atteints d'hépatite épidémique ont été traités pendant 15 jours par l'acide-béta-1-méthoxy-4-naphtoyl-propionique à la dose de 2 grammes par jour. L'évolution clinique a été contrôlée par des bilans biologiques et les données de l'anatomie pathologique par ponction biopsie du foie.

L'évolution des hépatites ictériques traitées fut écourtée par rapport aux observations de malades témoins. L'ictère catarrhal commun et l'ictère catarrhal prolongé sont heureusement influencés par cette thérapeutique cholérétique.

*Les neuropathies nutritionnelles*, par P. GALLAIS, J. RAINAUT, A. PRÉVOST, A. RAOULT.



# EVONYL

CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

*Laxatif Doux*

ASSOCIATION PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE :

*Evonymine, Fucus, Agar-Agar, Podophyllin, Extraits biliaires*

**STIMULE LES FONCTIONS HÉPATIQUES  
ET LE PÉRISTALTISME INTESTINAL**

**PRÉSENTATION**

*Boîte de 60 comprimés  
(dragéifiés)*

**POSOLOGIE**

*1 dragée aux 2 principaux  
repas ou 2 dragées le soir*

**LABORATOIRES FLUXINE · PRODUITS BONTHOUX · VILLEFRANCHE (RHÔNE)**

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE - 8, Passage du 7 Mai - TUNIS.



Après une définition rigoureuse des limites de l'étude et un rappel du métabolisme du tissu nerveux, les auteurs étudient les faits pathologiques. Le chapitre essentiel est constitué par les neuropathies liées aux carences vitaminiques du groupe B et aux troubles nutritionnels glucidiques dans lesquels sont envisagés : le béri béri cérébral, les différentes encéphalopathies alcooliques, les manifestations périphériques de l'avitaminose B1 (polynévrites bériberiques et polynévrites alcooliques), les neuropathies de l'avitaminose B3 ou PP. (pellagre, syndrome de Jolliffe, sénescence), de l'avitaminose B6, de l'avitaminose B12. Puis suit un chapitre concernant les neuropathies liées aux troubles nutritionnels protidiques où l'accent est posé sur le Kwashiorkor bien étudié à Dakar. Les neuropathies liées aux troubles nutritionnels portant sur les lipides, les oligo éléments, la carence hydrique, la carence alimentaire globale, sont ensuite situées à leur place dans le cadre nosologique des neuropathies nutritionnelles. Les auteurs insistent sur la fréquence d'un syndrome confusion mentale et sur sa curabilité dans les divers tableaux. Le maintien de la conscience claire se situe dans le cadre du maintien de l'homéostasie de l'homme normal.

PRODUIT NOUVEAU  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

## **LEVURE lyophilisée GALLIER**

(Licence Sarechio)

**ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES  
TROUBLES DIGESTIFS  
TROUBLES NUTRITIONNELS  
STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS**

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS

SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

PRÉPARATIONS INJECTABLES DE

**STREPTO-  
DIHYDROSTREPTOMYCINE  
& BIPENICILLINE**

DEUX DOSAGES

STREPTO 0,25 gr. } = 0,5 gr.  
DIHYDRO 0,25 gr. }

**BIPENI 500.000 U. O.**

STREPTO 0,5 gr. } = 1 gr.  
DIHYDRO 0,5 gr. }

**BIPENI 1.000.000 U. O.**

15/2374

LAMARCA  
LYON

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE. AGREE PAR L'A.M.G. LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITES

*Sarbac*

CHATILLON-sur-CHALARONNE - TELEPHONE : 24 et 25

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugaud — ALGER.

Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.

SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTELEURY - TUNIS (Tunisie).

BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).

GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).

SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).

LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).

Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).

**INFORMATIONS**

### III<sup>me</sup> Congrès International de Médecine néo-hippocratique

— o —  
MONTECATINI

20 - 21 - 22 MAI 1956

*PRESIDENCES :*

Prof. Méd. Cesare FRUGONI (Rome), Président.  
Prof. Méd. Nicola PENDE (Rome), Vice-Président.

*VICE-PRESIDENTS NATIONAUX :*

Doct. Méd. M.J. BARILARI (République Argentine).  
Prof. Méd. A.P. CAWADIAS (Angleterre).  
Prof. Méd. A. GIGON (Suisse).  
Prof. Méd. G. GIRAUD (France).  
Prof. Méd. L.R. GROTE (Allemagne Occ.).  
Doct. Méd. J.B. JOBIN (Canada).  
Prof. Méd. G. MARANON (Espagne).  
Prof. Méd. J. MICHEZ (Belgique).  
Prof. Méd. E. PHOCAS (Grèce).

*PRESIDENTS DES SECTIONS :*

Prof. Méd. Pierre DELORE - Lyon (France).  
Prof. Méd. Mariano MESSINI - Rome (Italie).  
Prof. Méd. Lian ANTRALGO - Madrid (Espagne).

*SECRETAIRE PERMANENT DU MOUVEMENT :*

Prof. Méd. Pierre DELORE - 13, Rue Jarente - Lyon (France).

*SECRETAIRE GENERAL MEDICAL DU CONGRES :*

Prof. Méd. D. SCALABRINO, Directeur Technique Sanitaire des Thermes de Montecatini.

*SECRETAIRE GENERAL ADMINISTRATIF DU CONGRES :*

Doct. A. VALENTE, Directeur des Thermes de Montecatini.

## P R O G R A M M E

SAMEDI 19 MAI :

Arrivée à Montecatini et assignation de l'Hôtel.

DIMANCHE 20 MAI :

8h. 30 - Thermes « Regina » - Ouverture du Congrès.



Rapport du I<sup>er</sup> jour sur le thème :

« DIAGNOSTIC DES PRESCRIPTIONS MORBIDES »

*Président de la Section* : Prof. Pierre DELORE (Lyon)

Rapports de Messieurs les :

- Prof. L.R. GROTE (Fribourg - Allemagne Occ.).
  - Doct. M.J. BARILARI (Buenos Ayres).
  - Doct. M. MARTINY (Paris)
  - Prof. E. GREPPI (Florence).
  - Prof. MÉRIEL (Toulouse).
  - Doct. E. MARTIN (Genève) et Doct. J. C. TERRIER (Baden).
  - Doct. R. REDING (Bruxelles)
  - Prof. J. DECOURT (Paris).
  - Prof. R. TURPIN (Paris).
  - Prof. P. DELORE (Lyon).
- Rapport de synthèse.

*Discussions sur les rapports.*

LUNDI 21 MAI :

8 h. 30 - Thermes « Regina ».

Rapports du II<sup>e</sup> jour sur le thème :

« LA PLACE DU THERMALISME DANS LA THERAPEUTIQUE  
GENERALE ET LE NEO-HIPPOCRATISME »

*Président de la Section* : Prof. Mariano MESSINI (Rome)

Rapports de Messieurs les Professeurs :

- Comte Prof. C. BONACOSSA (Montecatini).
- Prof. F. SCHEMINZKY (Innsbruck).
- Prof. J.M. BERT (Montpellier).
- Prof. J. MICHEZ (Bruxelles).
- Prof. S. PISANI (Montecatini).
- Prof. M. MESSINI (Rome).

*Discussions sur les rapports :*

*Extra thème :*

- Prof. A. PAZZINI (Rome).
- « Unitarietà della medicina ippocratica ».

MARDI 22 MAI .

Thermes « Regina ».

Rapport du III<sup>e</sup> jour sur le thème :

« LES PRINCIPES TRADITIONNELS DEVANT L'EVOLUTION  
TECHNIQUE ET SOCIALE DE LA MEDECINE »

*Président de la Section* : Prof. Lian ENTRALGO (Madrid)

Rapports de Messieurs les :

- Prof. S. PICCINI (Milan).
- Prof. C. GERIN (Rome).
- Prof. Lian ENTRALGO (Madrid).

*Discussions sur les rapports :*

En honneur des Congressistes, il est prévu des réceptions, des manifestations et des excursions qui seront précisées dans le programme définitif. Tenue de ville admise pour les manifestations prévues.

### I N S C R I P T I O N S

Deux catégories de participants sont prévues :

1° *Médecins* : le montant d'inscription est de 6.000 liras. Elle donne droit à l'hébergement gratuit (extra et boissons non compris) dans les hôtels de Montecatini pendant la durée du Congrès du 19 mai à 18 h. au 22 mai à 12 h., à la participation aux manifestations en programme, au volume des rapports et à l'accès gratuit aux Etablissements thermaux.

2° *Membres de la famille du médecin* : le montant d'inscription est de 5.000 liras. Elle donne droit à l'hébergement gratuit (extra et boissons non compris) dans les hôtels de Montecatini du 19 mai à 18 h. au 22 mai à 12 h., à la participation aux manifestations en programme et à l'accès gratuit aux Etablissements thermaux.

Les inscriptions devront être adressées à Montecatini Terme (Italie) auprès la Direction des Thermes, Viale Verdi 41.

Les Congressistes étrangers peuvent éventuellement effectuer le versement en espèces à l'arrivée à Montecatini.

Les Congressistes recevront la confirmation de l'inscription et à leur arrivée à Montecatini, ils auront auprès le Secrétariat du Congrès, qui sera toujours ouvert, toutes les informations relatives au séjour, la carte de Congressiste et le volume des rapports.

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 30 AVRIL 1956.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)

choline, papaine  
sels biliaires  
boldo

EUCHOBYL

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

**HYPERCHLORHYDRIE  
DYSPEPSIES NERVEUSES**

*Toutes  
gastralgies*

**KAOBROL**

**3** Formules

SIMPLE = TABLETTES

BELLADONÉ = POUDRE & TAB.

BISMUTHÉ = POUDRE

Laboratoires Joseph LAROZE, 56, Rue de Paris, Charenton (Seine,

**HÉPATISME  
ARTHRITISME**

*Cure de  
décholestérolisation*

**DECHOLESTROL**

1 PAQUET douze jours par mois  
matin et soir avant les repas  
dans un demi verre d'eau



## Nouvelles Revues Médicales



« *Revue Française d'Etudes Cliniques et Biologiques* », (10 n<sup>os</sup> par an, Flammarion Edit.).

Sous le patronage scientifique d'illustres savants : MM. GRABAR, M.F. JAYLE, R. KOURILSKY, E. LEBRETON, J. ROCHE et R. WURMSER, un groupe de cliniciens prestigieux doublés de chercheurs authentiques, a décidé de créer une nouvelle revue. Ce groupe comprend MM. Jean BERNARD, Paul CASTAIGNE, Charles DEBRAY, René FAUVERT, Jean HAMBURGER, André LAMBLING, Jean MATHAY, Pierre SOULIÉ, Jean-Pierre SOULIER, René S. MACH, Henri TAGNON et André COURNAND.

Un coup d'œil jeté sur le premier numéro paru montre tout de suite la portée de leur réalisation. Voici enfin une revue française technique de rang international qui se place auprès des meilleures revues internationales, rédigée un peu dans l'esprit du « *Journal Of Clinical Investigation* » américain et que tout médecin conscient de l'importance de plus en plus grande que la connaissance biologique chez le clinicien, voudra lire, méditer et consulter.

« *Archives de biologie thermo-climatique* », (4 n<sup>os</sup> par an, S.D.M.S., Paris).

M. le Prof. D. SANTENOISE, Directeur du Centre de Biologie Thermo-Climatique, vient, avec le concours de chaires d'hydrologie, de créer ces « *Archives* » dont le but essentiel est d'asseoir la crénothérapie sur des bases essentiellement scientifiques.

Ainsi pourrait-on, non seulement « varoliser » le thermalisme français miné par l'indifférence parfois, le scepticisme souvent, mais encore préciser les indications de chaque station afin d'en obtenir le meilleur rendement thérapeutique.

Les médecins ne peuvent être qu'intéressés par cet effort qui mérite leur soutien.

M. U.

UN PANSEMENT DIGESTIF POLYVALENT

**PHOSPHATE**  
D'**ALUMINE**  
SOUS FORME DE **GEL VRAI**

**PHOSPHALUGEL** 2À4 CUILLERÉES À CAFÉ  
2À4 FOIS PAR JOUR

---

---

**PAPAVERYL**

Chlorhydrate de papavérine chimiquement pur

— 0 —  
**ANTISPASMODIQUE**

*Action élective sur la fibre musculaire lisse*

- 0 —  
1° Boite de 6 ampoules injectables à 0,04.  
2° Tube de 20 comprimés à 0,04.  
3° Boite de 6 suppositoires à 0,04.

---

---

**SELAMON**

Chlorure d'ammonium chimiquement pur

— 0 —  
Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

**ACIDIFIANT — DIURETIQUE — ANTI-ŒDÉMATEUX**

*Traitement des alcaloses — Obésité*

— 0 —  
Boite de 50 dragées glutinisées à 0 gr 50 de chlorure d'ammonium

---

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

**AGREGATION :**

Nous avons eu le plaisir d'apprendre que le 8 février 1956, notre concitoyen, le D<sup>r</sup> Denis KERTESZ, chargé de recherches à l'Institut des Hautes Etudes de Tunis (Laboratoire de Médecine Expérimentale) a brillamment obtenu, à Rome, après concours, le titre d'Agrégé de Chimie biologique à titre étranger.

Nous l'en félicitons bien sincèrement.

—o—

**DEUILS**

Notre excellent confrère et trésorier de la Société des Sciences Médicales, D<sup>r</sup> J. BAROUCH, a eu la douleur de perdre sa mère. Ce deuil touche encore notre ancien président le D<sup>r</sup> Joseph BOULAKIA, qui était le gendre de la défunte.

A nos deux confrères ainsi frappés, nous adressons l'expression de toute notre sympathie bien attristée.

—o—

Nos condoléances émues à nos confrères :

Le D<sup>r</sup> M. HEULLON qui a perdu son père;

Le D<sup>r</sup> A. SAFFAR qui a perdu sa mère.

**PETITE ANNONCE :**

Médecin électro-radiologiste retraité des Hôpitaux de Paris désire céder son installation personnelle. Très grand appartement, 9 pièces, centre de Paris, quartier St Lazare. Convierdrait aussi à spécialiste gastro-entérologue, phtisiologue, rhumatologue.

Ecrire : D<sup>r</sup> Marcel JOLY, 11, Rue de Milan - Paris-9<sup>e</sup>.

**DELICIEUSE CONFITURE LAXATIVE  
ANTISPASMODIQUE A BASE DE FRUITS D'ORIENT**

**T A M A R I N E**

**PAS DE PRODUITS CHIMIQUES - PAS D'ACCOUSTOMANCE**

**INFAILLIBLE DANS TOUS LES CAS DE STASES INTESTINALES**

**Laboratoires FURT - 4, Av. de la Libération, LE BOUSCAT - BORDEAUX (Gironde)**

**TUNISIE : PHARMACO - 25, Rue Malta-Srira - TUNIS  
& Toutes Pharmacies**

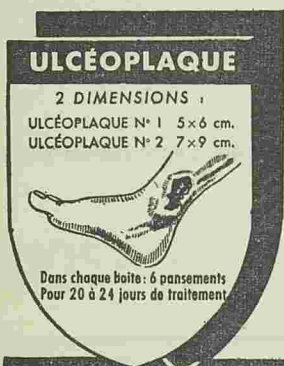


*Le pansement de marche*

# ULCÉOPLAQUE

*du Docteur Maury*

## CICATRISÉ



- PLAIES ATONES
- ESCARRÉS
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.  
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.  
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SEVIGNÉ - R. MAURY. Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS

# ROYAN

*(Charente-Maritime)*

**20 Plages - Sa Forêt**

*Locations — Ventes  
les plus belles villas de la côte*

Cabinet ROMAN - ROYAN - (Charente-Maritime)

LIVRES REÇUS

O. M. S. :

« Les amputés et les appareils de prothèse ». Rapport d'une conférence (1955). Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, n° 100; 59 pages. Prix : Fr. s. 2, --, 3/6 ou \$ 0,60. Existe également en anglais et en espagnol.

Le problème des amputés est un problème mondial qui, dans chaque pays, a des incidences non seulement médicales, mais encore sociales, économiques, industrielles et psychologiques. Il est nécessaire de connaître les méthodes qui ont été mises au point ou qui pourraient l'être pour prévenir les amputations et pour réduire, grâce à une réadaptation appropriée, les invalidités que celles-ci provoquent. C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé a convoqué à Copenhague, en août 1954, une conférence qui avait pour objet d'étudier le problème des amputés en l'envisageant tout spécialement du point de vue des appareils de prothèse. Le rapport de cette conférence vient d'être publié dans la *Série de Rapports techniques* de l'O.M.S. (N° 100).

Le rapport commence par une étude sur la fréquence et l'étiologie des amputations et sur les moyens de les prévenir; une annexe fournit des rapports sur les causes d'amputation dans divers pays. Il énonce ensuite les principes et méthodes de base de la réadaptation des amputés, en ce qui concerne le traitement chirurgical, le traitement post-opératoire, le choix, l'adaptation et l'emploi des appareils de prothèse, l'orientation et la rééducation professionnelles, le placement sélectif des amputés. Les autres questions traitées sont : les éléments essentiels d'un service d'appareillage, la formation du personnel médical et des techniciens de la fabrication et de la pose des prothèses, la conception et les éléments des membres artificiels, ainsi qu'un certain nombre de problèmes administratifs. Les deux dernières sections du rapport proprement dit définissent les grandes lignes des recherches qui pourraient être entreprises ou poursuivies et mentionnent quelques-uns des principaux problèmes qui appellent une étude et une action internationales.

Le rapport contient également un certain nombre d'annexes qui décrivent les types existants d'appareils de prothèse, l'aménagement et l'équipement d'un grand centre d'appareillage pour amputés, et la technique d'application d'une pellicule de nylon sur des éléments en cuir. On y trouve finalement des illustrations de membres artificiels simplifiés, ainsi qu'un choix de références bibliographiques.

# OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE  
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME  
DYSPNÉES SPASMODIQUES  
ANGINE DE POITRINE  
INSUFFISANCE CARDIAQUE  
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2  
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4<sup>E</sup>

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille - TUNIS.

# RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide  
éphédrine  
élycaïne

*Affections du*  
**Rhino-Pharynx**

*instillations  
pulvérisations*

LABORATOIRES A. BAILLY  
• SPEAB •

15 RUE DE ROME - PARIS 8<sup>e</sup>



« *Les explorations biologiques en pédiatrie* », par Claude POLONOVSKI et Jean COLIN.

L'Expansion Scientifique Française.

Voici un livre pratique, simple, facile à consulter, de lecture aisée, sans surcharges inutiles ni fausse érudition.

C'est le livre de chevet de l'homme de laboratoire, responsable de services d'enfants. C'est aussi celui du pédiatre qui y puisera à chaque moment la notion, le chiffre ou le renseignement indispensable à éclairer un cas clinique.

C'est encore aussi celui du praticien général qui sera bien heureux souvent d'y puiser des informations utiles dépassant parfois le cadre de la pédiatrie.

Combien heureux seraient les médecins si des ouvrages de cet ordre et de cette portée venaient éclairer les autres disciplines.

« *Rapports et communications du Congrès Mondial des Médecins pour l'étude des conditions actuelles de vie* ». (Vienne, mai 1953).

Nous recevons cet ouvrage important comprenant les rapports et communications d'un congrès où 37 nations étaient représentées à Vienne sous les présidences des Prof. STRANSKY (Vienne) et VERGA (Naples). La délégation française qui comprenait les Prof. BARUK, BOURGUIGNON, DELAY, DÉSOILLE, HEUYER, SERGENT, WEILL-HALLE, WERTHEIMER, etc... y a apporté une notable contribution.

Les rapports groupés sous 3 rubriques étudiaient :

- 1° Les conditions de vie et de santé des populations;
- 2° Répercussions de la guerre sur la santé physique et mentale;
- 3° Devoirs des médecins face à ces problèmes.

Le nombre important des travaux représentant près de 400 p. de textes n'en permet pas l'analyse, mais leur lecture est pleine d'enseignement et s'impose au médecin que les questions éthiques, morales et sociales ne peuvent laisser indifférent.

« *Biologie des maladies dues aux anaérobies* », par A. R. PRÉVOT, Paris, 1955, 572 p., 2.225 Fr. (Editions Médicales Flammarion).

Les bactéries anaérobies ont suscité des travaux extrêmement nombreux, mais qui sont généralement disséminés dans la littérature scientifique où ne vont les chercher que les spécialistes de ces questions considérées, souvent à tort, comme ardues. A.R. PRÉVOT a eu la très heureuse idée de faire le point de nos connaissances actuelles et de rassembler en un seul ouvrage les données récentes sur les maladies causées par cette catégorie de bactéries.

# PURSENNIDE

*Sennosides A et B,  
principe actif cristallisé initial  
du cassia angustifolia*

Traitement de la Constipation par Atonie

Laboratoires SANDOZ  
6, Rue de Penthièvre - PARIS 8<sup>ème</sup>

DEPOSITAIRE GENERAL :  
M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS



# NICOSCORBINE

L A R O C H E - N A V A R R O N

COMPRIMÉS  
A 0,50 G.

POSOLOGIE MOYENNE :  
3 comprimés par jour

**L**AROCHÉ-NAVARRON

63, RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-55

Le contenu de ce livre correspond exactement au titre choisi : « Biologie des maladies dues aux anaérobies ». Sans traiter la partie clinique supposée connue, l'auteur fait de fréquentes et intéressantes incursions dans les domaines de la pathogénie et de la thérapeutique à la lumière des faits microbiologiques. C'est une des raisons qui font que ce livre ne s'adresse pas uniquement aux bactériologistes, mais intéressera certainement les médecins et les vétérinaires.

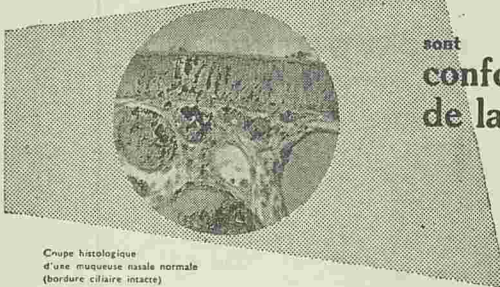
Les médecins trouveront, en particulier, dans le chapitre consacré au tétanos, des données précieuses et une bibliographie très complète (près de 700 références). A.R. PRÉVOT fait très justement remarquer que malgré les connaissances précises sur cette maladie, obtenues grâce à des travaux remarquables, le tétanos reste une affection fréquente et terriblement meurtrière.

Les médecins verront également que l'emploi des antibiotiques ne doit pas faire oublier les infections par anaérobies endogènes (par exemple les septicémies à *Sph. fonduliformis*) et que l'hémoculture anaérobie reste un examen de laboratoire de grande valeur.

Les vétérinaires liront avec profit les chapitres relatifs aux entérotoxémies à *W. perfringens*, au botulisme animal et au charbon symptomatique.

Cet ouvrage, qui à divers titres présente un intérêt certain, ne doit donc pas rester entre les mains des seuls microbiologistes, mais devrait au contraire être lu et médité par tous les praticiens.

## les gouttes O.R.L. CHIBRET



Cruepe histologique  
d'une muqueuse nasale normale  
(bordure ciliaire intacte)

LABORATOIRES CHIBRET - CLERMONT-FERRAND

sont  
conformes aux exigences  
de la physiologie nasale

BENZO-DODECINIUM  
CORTISONE  
OLEOSORBATE "80"  
PROPIONATE

TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

24, Avenue de Lyon — TUNIS



## LE LIVRE BLANC 1956

*Formulaire médical*

Aux Editions HENRI PERRIER — 3, Rue Aubriot - PARIS 4<sup>e</sup>

Prix à nos bureaux : Frs 1.000

Contre mandat préalable ou virement postal : Frs 1.080  
(C.C.P. 9727 74 PARIS)

Près de 2.000 pages qui condensent, sous un format maniable, un ensemble de renseignements du plus grand intérêt pour les Médecins et Pharmaciens et qui se subdivisent en 4 titres :

TITRE I. — CONSULTATIONS MÉDICALES : résumés de traitements classiques et sélection de spécialités groupées d'après leur principe actif dominant ou leur mode d'action.

TITRE II. — NOTICES DOCUMENTAIRES : sélection des spécialités pharmaceutiques classées par ordre alphabétique.

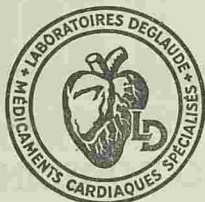
TITRE III. — REPERTOIRE ALPHABÉTIQUE DES LABORATOIRES dont les noms suivis de tous les renseignements commerciaux utiles et de l'énumération de leurs spécialités.

TITRE IV. — RENSEIGNEMENTS DIVERS : maladies à déclaration obligatoire, vaccination, stations thermales, etc...

Le *LIVRE BLANC*, par l'originalité de son plan, la rigueur de ses classements et l'abondance de sa documentation, reste l'instrument de travail indispensable au Praticien en clientèle et au Pharmacien.

Imp. NICOLAS BASCONE & SAUVEUR MUSCAT — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS



LABORATOIRES DEGLAUDE

15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV<sup>e</sup>

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**DIGIBAÏNE**

Tonique cardiaque

**SPASMOSÉDINE**

Sédatif cardiaque

SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

**IONYL**

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090



...comme  
**V**itamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

*homologué et remboursé par la S.S.*



# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS DE  
\_\_\_\_\_TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS \_\_\_\_\_

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

## GADÉOL 20

AMPOULE  
BUVABLE  
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHÉRAPIE D ET A  
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

*Biosedra*

LABORATOIRE BIOSEDRA - 60, RUE DE ROME - PARIS-8<sup>e</sup>

TUNISIE : R. FALDINI, 6, Rue d'Avignon — TUNIS

# BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**

# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et  
BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |   |                              |                        |
|---|------------------------------|------------------------|
| — Le Rédacteur en Chef .....  | D <sup>r</sup> M. UZAN       | } Comité<br>de lecture |
| — Le Rédacteur en Chef Adjoint .....                                  | D <sup>r</sup> J. CUÉNANT    |                        |
| — Le Président de la Société des Sciences Médicales .....             | D <sup>r</sup> R. LADJIMI    |                        |
| — Messieurs les .....   | D <sup>r</sup> H. BONAN      |                        |
|   | D <sup>r</sup> M. HADJOUDJ   |                        |
| — Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....            | D <sup>r</sup> G. BORSONI    |                        |
| — Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre ..... | D <sup>r</sup> G. VALENSI    |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien .....        | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens .....     | D <sup>r</sup> S. AMAR       |                        |

*Administration* : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247-255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.





# *Terramycine*\*

OXYTÉTRACYCLINE

NOUVELLE PRÉSENTATION

*Nécessaire pour instillations  
auriculaires*

OTITES EXTERNES  
OTITES MOYENNES CHRONIQUES  
MASTOÏDITES

S. S. - COLLECTIVITÉS - A. M. G.

\* Marque de Fabrique de CHAS. PFIZER & Co, Inc.

*Pfizer*

**LABORATOIRES CLIN-COMAR** 20, RUE DES FOSSÉS-SI.-JACQUES - PARIS - TÉL. ODÉON 27-20

## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> Partie)

<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie</i> . . . . .	221
<i>Erythro-Kératodermie palmo-plantaire congénitale et familiale,</i> par MM. R. LADJIMI et M. LAKHOUA . . . . .	233
<i>Kératodermie palmo-plantaire en bandes,</i> par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT . . . . .	239
<i>Pemphigus foliacé,</i> par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT . . . . .	241
<i>Dermatite de Dühring à forme de pemphigus séborrhéique,</i> par MM. R. LADJIMI et M. LAKHOUA . . . . .	245
<i>Prurigo nodulaire,</i> par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT . . . . .	249
<i>Deux cas de leishmanioses cutanées,</i> par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT . . . . .	253
<i>Cardiopathie congénitale cyanogène (Trilogie de Fallot). — Infundibulectomie pulmonaire,</i> par MM. J. DEMIRLEAU, H. H. COHEN et M. BELLAÏCHE . . . . .	257
<i>Goître hypothyroïdien subaigu chez un jeune. Guérison par le Lugol et l'extrait thyroïdien,</i> par MM. CORCOS, S. MOKADDEM et A. STA-M'RAD . . . . .	265
<i>Ictère subaigu cirrhogène et ascitogène aggravé, Traitement par cortisone et glutamate de calcium. Echec,</i> par MM. A. CORCOS A. STA-M'RAD et Mme S. CORCOS . . . . .	269

# LYSPAMINE-CILAG

Nicotinylamino-diphényléthane et phénobarbital

**ANTISPASMODIQUE avec effet analgésique**

SPASMES VASCULAIRES ET VISCÉRAUX

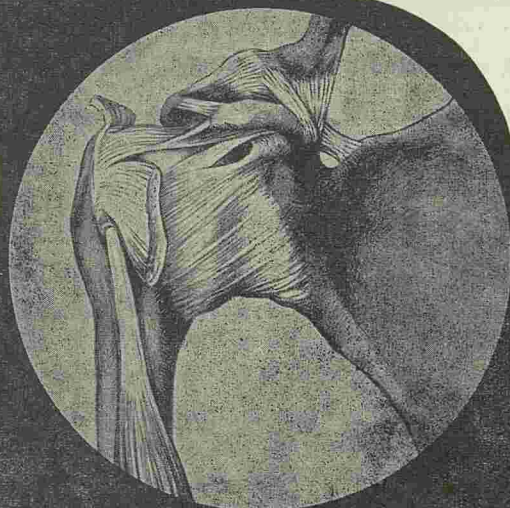
Remboursable par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES LOBICA · 25, RUE JASMIN · PARIS 16<sup>e</sup>



TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

**DOULEUR ARTICULAIRE  
ET MUSCULAIRE**



# **BAUME ALGIPAN**

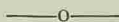
**HYPÉRÉMIQUE · ANTIALGIQUE · DÉCONTRACTURANT**

LE NICOTATE DE METHYLE  
*assure la pénétration et l'action rapides, profondes, durables,  
d'agents anti-rhumatismaux de choix.*

LABORATOIRES MIDY · 67, AVENUE DE WAGRAM · PARIS 17<sup>e</sup>  
**AGENTS DÉPOSITAIRES : SOCIÉTÉ SPÉCIMEDHY, 37, RUE D'ISLY, TUNIS**



## SOMMAIRE (2<sup>me</sup> partie)



<i>Essai de traitement des colites parasitaires par les antihistaminiques de synthèse</i> , par M. M. COHEN . . . . .	275
<i>Trois aspects atypiques du Cancer du poumon</i> , par MM. J.-J. PAVIOT et H. LEFÈVRE . . . . .	279
<i>Sur un cas particulier de diabète insipide</i> , par MM. M. UZAN, A. COHEN-JONATHAN, S. HALFON et A. NATAF . . . . .	289
<i>Symptômes physiques masquant une maladie nerveuse ou psychique</i> , par R. BENON (de Saumur), Ex.Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes . . . . .	295
<i>Société de médecine de Paris</i> . . . . .	301
<i>Société Médicale des Hôpitaux d'Alger</i> . . . . .	303
<i>Informations : 5<sup>e</sup> Réunion de l'Association des Sociétés européennes et méditerranéennes de gastro-entérologie</i> . . . . .	308
<i>Livres reçus</i> . . . . .	309.

SPÉCIALITÉ NOUVELLE

# vicéine

**ADULTES** COMPRIMÉS

**ENFANTS** SUPPOSITOIRES

Acide acétylsalicylique . . . . .	0,40 g	pour un comprimé
Para-acétophénédine . . . . .	0,20 g	
Citrate de sodium-L-ascorbyl-2-phosphate . . . . .	0,013 g	
Hydrate d'oxyde d'alumine . . . . .	0,10 g	
Acide ascorbique . . . . .	0,05 g	

Acide acétylsalicylique . . . . .	0,20 g	pour un suppositoire
Sulfate de quinine . . . . .	0,04 g	
Citrate de caféine . . . . .	0,02 g	

**antalgique**  
**antipyrétique**  
**analeptique**  
**à la vitamine C**

Laboratoire ROGER BELLON Neuilly Paris

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille - TUNIS

# gomme à mâcher

Pfrunder

## A LA TYROTHRICINE

REMBOURSÉ PAR LA SECURITÉ SOCIALE  
AGRÉE PAR L'A. M. G., L'ARTICLE 64  
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITÉS

LAMARCA LYON

12 / 2432

**S. C. BUATOIS**  
104 RUE BARABAN  
LYON (3<sup>e</sup>)

# Sarbach

**DISTRIBUTEUR EXCLUSIF**  
CHATILLON-SUR-CHALARONNE (AIN)

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.  
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.  
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTELEURY - TUNIS (Tunisie).  
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).  
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).  
SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).  
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).  
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE

## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 3 ET 10 FEVRIER 1956

*Présentation de malades :*

*A propos de quelques cas de dermatologie,*  
par M. R. LADJIMI.

*Communications :*

*Cardiopathie congénitale cyanogène (trilogie de Fallot). Infundibulectomie pulmonaire,*  
par MM. J. DEMIRLEAU, H. H. COHEN et M. BELLAICHE.

*Un cas de goître hypothyroïdien subaigu chez un jeune. Guérison par Lugol et extraits thyroïdiens,*  
par MM. A. CORCOS, S. MOKADDEM, A. STA-M'RAD.

*Ictère subaigu cirrhogène et ascitogène aggravé. Traitement par cortisone et glutamate de calcium. - Echec,*  
par MM. A. CORCOS, A. STA-M'RAD. Mme S. CORCOS.

*Essai de traitement des colïtes parasitaires par les antihistaminiques de synthèse,*  
par M. M. COHEN.

*Trois aspects atypiques de cancer de bronches,*  
par MM. J. PAVIOT et H. LEFÈVRE.

*Sur un cas particulier de diabète insipide,*  
par M. M. UZAN et Collaborateurs.



Breveté en Belgique N. S. Brev. S. G. D. G.

**INDICATIONS : O. R. L. : CORYZA - SINUSITES - GRIPPES**

**Adultes : 2% ou Éphédriné**  
**Enfants : 1%**  
**Otitis : 5%**

**YEUX : Nouveaux Nés 2%**  
**CONJONCTIVITES PURULENTES 5%**

**STILLARGOL à 1%, 2%, 5%**

SÉDATIF  
DÉCONGESTIF  
ANTISEPTIQUE

PROTÉINATE D'ARGENT

**ET STILLARGOL ÉPHÉDRINÉ à 1%**

R. C. S. et O. 30.993 Lab<sup>™</sup> MAYOLY-SPINDLER, 16, Av. des Châteaupieds, RUEIL (S. et O.) TEL. : MAL 06-27

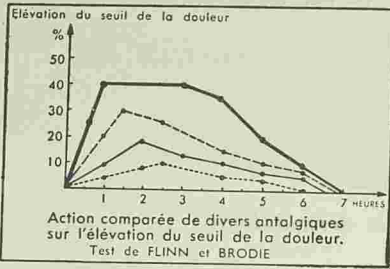


**NOUVEAU**

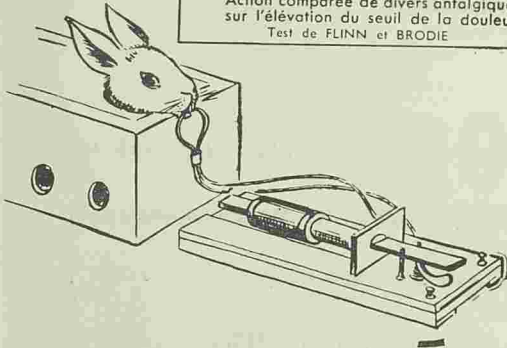
**ÉLEVATION MAXIMA DU SEUIL DE LA DOULEUR**

**PAR L'ESTER SALICYLIQUE**

**DU N-ACÉTYL PARA AMINOPHÉNOL**



— Ester salicylique du N-Acetyl Para Aminophenol : **PARALGAN**  
- - - N Acetyl Para Aminophenol  
... Acetanilide  
- · - Acide acétyl salicylique



**PARALGAN**

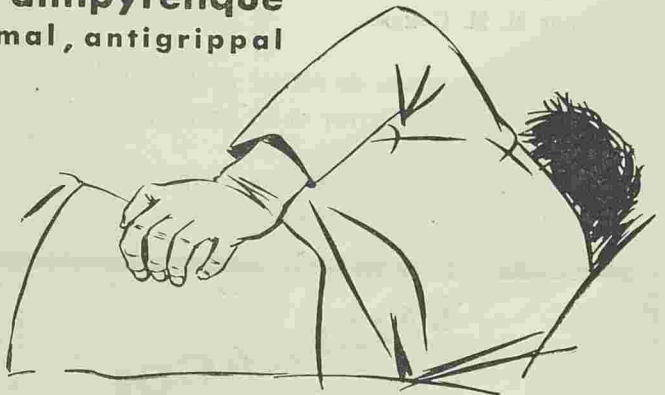
**antalgique, antipyrétique  
antirhumatismal, antigrippal**

**POSOLOGIE**

**ADULTES :**  
6 à 9 dragées par jour  
par prises de 2 à 3 selon  
les besoins

**ENFANTS :**  
1 à 3 dragées par jour

Remboursé par la S.S.



LABORATOIRES SOBIO



20, RUE D'AUMALE - PARIS

ALGERIE : Toutes Pharmacies

MAROC : Ets PÉLISSARD - 16, Rue Dumont d'Urville - CASABLANCA.

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

## Erythro-Kératodermie palmo-plantaire congénitale et familiale

par MM. R. LADJIMI et M. LAKHOUA

### *Présentation de malade.*

Amor B. F., âgé d'une quarantaine d'années, originaire de la région de Kairouan (Sidi Amor). Consulte pour une dermatose chronique, ayant débuté dans le jeune âge par des lésions localisées au niveau des paumes et des plantes, actuellement généralisées à presque tout le corps.

### *Antécédents familiaux :*

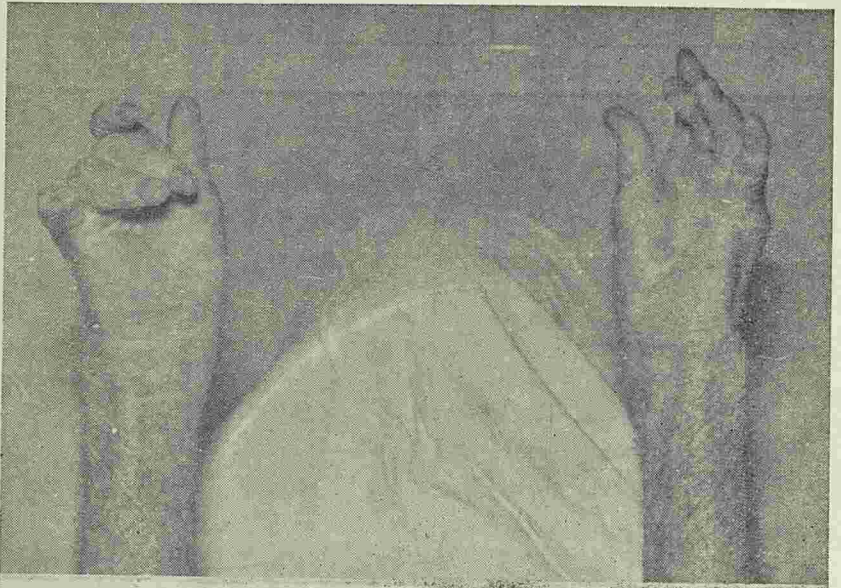
- Père décédé en 1941; indemne de toute dermatose.
- Mère en bonne santé, indemne de toute dermatose.
- 2 frères en bonne santé.
- 2 sœurs décédées en bas âge.
- 1 sœur mariée puis décédée.
- 1 sœur décédée vers l'âge de 7 ans après avoir présenté une *kératodermie palmo-plantaire*.
- 1 oncle paternel vivant en bonne santé.
- 3 tantes paternelles décédées sans avoir présenté de dermatoses.
- 1 cousin germain, du même âge que notre malade et encore en vie, présenterait la même dermatose. Son père et celui de notre malade étaient frères.
- 1 cousin germain, âgé de 60 ans, présenterait également la même dermatose. Sa mère et le père de notre malade étaient frère et sœur.

### *Histoire de la maladie :*

Le malade se souvient avoir présenté dès l'enfance des lésions de kératodermie palmo-plantaires survenues à la suite de lésions bulleuses contenant un liquide citrin et s'étant étendues à toute la peau des paumes et des plantes. Il a noté également l'aspect blanc atrophique de sa peau à la suite de ces lésions.

Vers l'âge de 15 ans, le malade a commencé à se soigner à Mahdia. Il précise que les lésions se sont étendues à cette époque, à la suite de bains de mer pris pendant 2 mois. L'extension s'est faite alors des paumes vers les avant-bras et des plantes des pieds vers les jambes et les cuisses.

En dehors de sa dermatose, le malade ne semble avoir présenté aucune autre maladie.





*Description des lésions :*

*Au niveau des mains :* la peau de la face palmaire est de teinte jaune cireux, humide, dégageant une odeur de macération due à l'hyperhydrose. Les ongles sont cassés, durs, épais et déformés. Les doigts sont effilés et rétractés comme dans la scléroactylie. Sur le fond scléreux et atrophique de la peau on note des plages roses qui sont le signe de desquamation.



*Aux pieds :* la face plantaire présente un épaississement corné jaune-brun très accentué sur les points de pression et fissuré. L'hyperkératose remonte de chaque côté derrière le talon.

*Sur les avant bras et les jambes :* aspect ichtyosique de la peau sur un fond rouge érythrodermique avec desquamation lamelleuse.

*Sur les genoux et les coudes :* aspect érythrodermique et desquamation.

*Sur les fesses :* éléments papulo-squameux confluents en certains endroits.

*Sur la peau du ventre :* accentuation des plis, aspect macéré, contours circinés des lésions.

*Sur le cou :* aspect de névrodermite.

*Sur les lèvres :* plages de leucokératose.

*Examen somatique :*

T.A. 12,7 - Pouls 56 pulsations à la minute.

Cœur et poumons : R.A.S.

# UN IMPLANT LIQUIDE:

50,100 et 250 mgr. pour 1cc

- solution  
huileuse limpide
- concentration  
maxima
- retard maximum:  
3 à 5 semaines

## ANDROTARDYL POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

**REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE**

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS  
SERVICE SCIENTIFIQUE :  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VII<sup>e</sup>  
TÉL. INV 74-19



Pas de gros foie ni de grosse rate.  
 Petits ganglions sous-maxillaire et à l'aîne.  
 Système nerveux : R.A.S. sauf bradypsychie.  
 Urines : hématurie très ancienne.  
 Urée : 0 g, 30 pour 1000.  
 Glycémie : 0 g, 94 pour 1000.  
 B.W. négatif.  
 Hémogramme : G.R. 5.040.000  
                   G.B. 13.000  
                   Neutrophiles 61 %  
                   Eosino 1 p. 1000  
                   Baso 0

Taux hémoglobine 98 %.

En résumé, il s'agit d'une kératodermie palmo-plantaire congénitale et familiale, chez un malade dont 3 membres de la famille au moins ont présenté la même affection. Les lésions ne sont pas restées localisées aux paumes et aux plantes, mais ont gagné la majeure partie du corps.

Les Kératodermies congénitales et familiales revêtent deux grands types :

a) *le type Thost-Unna*, localisé aux paumes et aux plantes, associé à des lésions kératosiques à distance, à une pachy-onychie et à une kératose linguale.

Les rapports de cette maladie avec les états ichtyosiformes congénitaux et en particulier avec la Kératose disséminée de Jadassohn-Lewandowsky semblent très voisins. Dans le Jadassohn-Lewandowsky la dermatose est caractérisée par des papules cornées folliculaires confluentes associées à une Kératodermie palmo-plantaire, à une pachy-onychie et à une leucokératose linguale et jugale. La cornée elle-même peut être kératinisée et des troubles psychiques ont été notés;

b) *la maladie de Meleda*, caractérisée par des lésions squameuses souvent cantonnées aux paumes et aux plantes, sans autres polykératoses.

Les faits de passage entre ces diverses hyperkératoses, leurs associations comme dans le cas qui nous intéresse où l'on trouve une kératodermie palmo-plantaire extensive (type Thost-Unna) mélangée à des lésions papuleuses des fesses rappelant la kératose disséminée circonscrite de la Jadassohn-Lewandowsky, montrent la complexité de la question et plaident pour le rattachement des érythro-kératodermies palmo-plantaires congénitales à l'érythrodermie ichtyosiforme comme l'avait signalé Brocq.

*Traitement :*

Le malade reçoit actuellement de la vitamine A en injection, de la Penicilline et de la Cortisone : il est en nette voie d'amélioration.



*chlorhydrate de*  
**Tétracycline**

**poudre à 4 %.**

**16 dragées à 0,25**

**10 comprimés à 0,10**

remboursé par la Sécurité Sociale - Admis aux Collectivités, Hôpitaux, A. M. G.

PRODUIT SOUS CACHET

**DIAMANT**



SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE - 67 boulevard Haussmann - Paris 8<sup>e</sup> - ANJ. 46-30

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

## Kératodermie palmo-plantaire en bandes

par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT

### *Présentation de malade.*

Mohamed ben Hassine, âgé de 40 ans, entre dans le service le 24 janvier 1956 pour une kératodermie palmo-plantaire.

Cette hyperkératose date de la naissance mais elle s'est accentuée et s'est fissurée il y a deux mois environ, ce qui a poussé le malade à venir se faire traiter.

Le caractère principal de cette kératodermie est de se présenter sous la forme de kératodermie en bandes le long des faces palmaires des doigts de la main et en bandes plus ou moins fragmentées sur les éminences thénar et hypothénar.

Ces bandes sont coupées par endroits par des fissures profondes et rendent les mouvements des doigts douloureux.

Les pieds sont très hyperkératosiques à leur face plantaire et la kératodermie siège surtout sur les points de pression en formant des blocs cornés très épais et fissurés.

Par ailleurs, il existe de chaque côté, derrière le talon, une petite bande triangulaire d'hyperkératose.

On note aussi sur les coudes et sur les genoux des placards hyperkératosiques peu épais.

Il n'existe pas de leucoplasie jugale ni de cataracte.

Par contre on remarque une amyotrophie portant sur les muscles des jambes et des avant-bras qui rendent le malade à moitié impotent puisqu'il ne peut marcher sans le secours d'une canne. Cette amyotrophie entraîne une incurvation des deux pieds ainsi qu'un certain équinisme.

La même incurvation existe aux mains.

Par ailleurs le malade a un état général assez bien conservé.

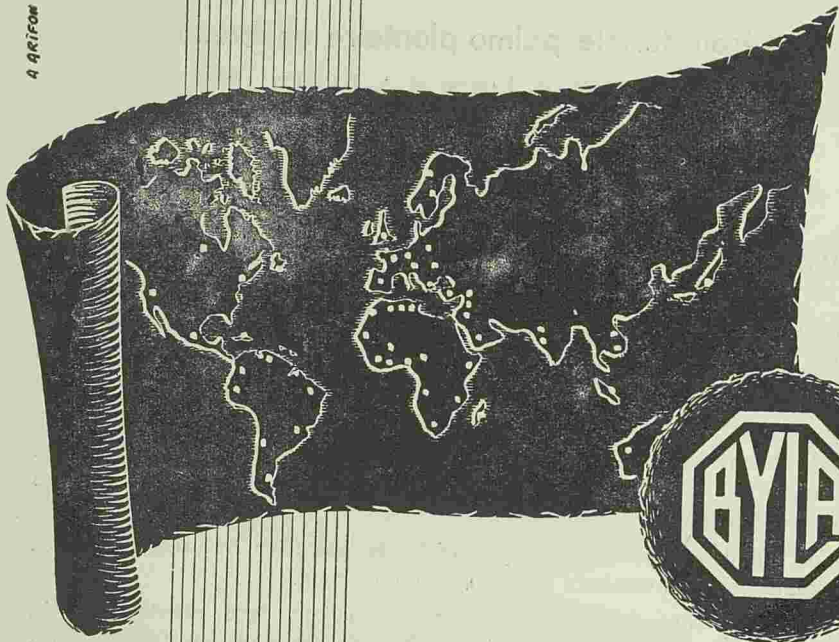
La tension artérielle est de 11,6.

Dans ses antécédents collatéraux, notre malade qui n'a ni frère ni sœur, nous signale que la même **affection existait chez une tante** du côté paternel, affection qui l'a empêché de se marier. Cette tante est morte il y a quelques années.

Le malade est traité par la vitamine A (100.000 unités par jour) et par l'hydrocortisone (100 mg par jour). Localement vaseline salicylée. L'amélioration commence à se faire sentir ; disparition importante de l'hyperkératose.



A. ARIFON



**HORMONES**

**DETRAINE**

**Pommade anesthésique antiprurigineuse**

Tubes de 35 gr.

**VITAMINES**

**ORTHOSIPHENE**

**Diurétique hépato-rénal**

Boîtes de 8 ampoules buvables

**TONIQUES**

**BIOCIDAN ...**

**Antiseptique pénétrant**

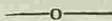
<b>Solution</b>	<b>Gollutoire</b>	<b>Gollyre</b>
Flacons 30 cc.	Flacons 30 cc.	Ampoules 10 cc.
<b>Tablettes</b>	<b>Poudre</b>	<b>Chirurgical</b>
Boîtes 24	Flacons 10 g.	Ampoules 10 cc.

**LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS . ST-JACQUES . PARIS V<sup>e</sup> . ODE. 28-30**



## Pemphigus Foliacé

par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT

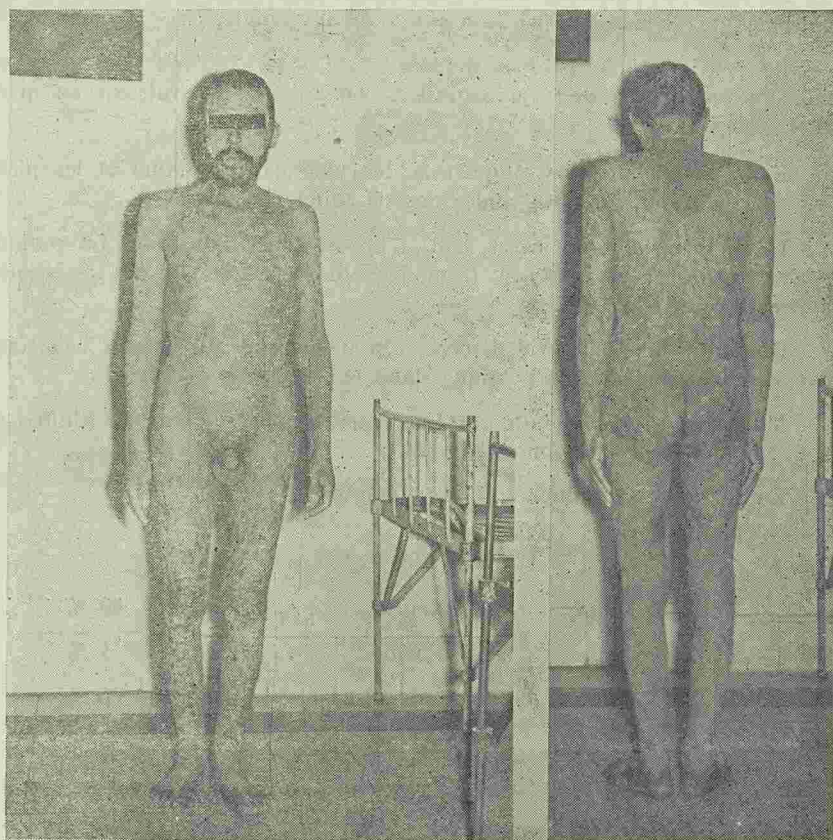


### *Présentation de malade.*

Béchir ben Ali, âgé de 45 ans, marchand de beignets, entre dans le service le 5 janvier 1956, venant de Tataouine pour une éruption à larges squames-croûtes généralisée à tout le corps.

Les premières lésions sont apparues il y a 3 mois sur le thorax sous forme de vésicules, aux dires du malade. Elles étaient un peu prurigineuses. Le grattage entraînait une sérosité sanglante à laquelle faisait suite des croûtelles sous lesquelles il n'y aurait pas de pus.

En un mois les lésions se généralisaient à l'ensemble de tronc et de l'abdomen, puis à la tête, et aux membres en dernier lieu.





Un fragment du dos était prélevé et envoyé à l'examen anatomopathologique qui donnait le résultat suivant :

« L'épiderme est recouvert de squames humides. Les cellules des bourgeons interpapillaires sont dissociées par acantholyse et forment un magma.

Dans la portion superficielle du derme infiltrat histiocytaire et leucocytaire.

Il s'agit bien d'un Pemphigus foliacé. »

Le malade est actuellement soumis à un traitement à la cortisone associée à la pénicilline. Il reçoit également de l'insuline.

## le suppositoire anti-infectieux / type

**RECTOSEPTAL**

**4 FORMULES**

- SIMPLE
- SULFAMIDÉ
- PÉNICILLINE
- BISMUTHÉ

voies respiratoires  
angines

Société d'exploitation des  
**LABORATOIRES DEROL**  
Service des relations médicales - 66 ter, rue Saint-Didier - PARIS (16<sup>e</sup>)

**DEROL**

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS — (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER — (Algérie)

M. PELISSARD : 5, Boulevard de Londres — CASABLANCA — (Maroc)



**ARTÉRITES  
ATHÉROSCLÉROSE  
DÉCHOLESTÉRINISATION  
HYPERTENSION  
SÉNESCENCE**

# **THIAMALGYL** **CHOLINE** *Vitaminé C*

Iodhydrate d'iodothiamine  
Chlorhydrate de choline  
Acide L. Ascorbique

**INJECTABLE**

**5 cc. indolore**  
INTRAMUSCULAIRE

**COMPRIMÉS**

5 comprimés = 1 ampoule

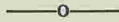


**PAS D'APPORT DE SODIUM (RÉGIMES RESTRICTIFS)**

REMBOURSABLE AUX A. S.

## Dermatite de Dühring à forme de pemphigus séborrhéique

par MM. R. LADJIMI et M. LAKHOÛA



### *Présentation de malade.*

H. B. Snoussi Ben Ahmed, 71 ans, né à Zouarine (région du Kef), hospitalisé pour la première fois le 12 novembre 1953.

A cette époque le malade présentait à son entrée des lésions du dos sous forme de grosses bulles remplies d'un liquide citrin, qui ne tardaient pas à crever pour former des lésions polymorphes, ulcérées, érythémateuses, disposées en placards à contours arrondis, circonscrits, recouverts de croûtes et ayant tendance à guérir au centre pour s'étendre vers la périphérie. Ces lésions, avant leur apparition, étaient précédées de sensations de cuisson, de prurit.

Au dos, les lésions avaient gagné les avant-bras où elles avaient pris le même aspect.

En même temps apparaissaient sur le visage des lésions érythémateuses et croûteuses nettement arrêtées au niveau des joues, symétriques de part et d'autre du nez (aspect en *vespertilio*). Quelques éléments étaient apparus également au niveau du front et du menton.

A cette époque nous avons fait le diagnostic de Dermatite de Dühring et la biopsie le confirmait en donnant le compte-rendu suivant :

« Sur le fragment prélevé exist-



te une bulle sous-épidermique due au soulèvement en masse de tout l'épiderme décollé du corps muqueux par l'afflux d'un liquide dans lequel sont épars quelques globules blancs, dont un bon nombre sont des cellules éosinophiles.

Dans le derme sous-jacent on trouve des traînées inflammatoires péricapillaires avec nombreux éosinophiles.

Ces lésions correspondent à ce qui est décrit dans la Dermatite de Dühring ».

*L'hémogramme donnait :*

G. R. 4.840.000  
 G. B. 7.600  
 Polyneutro 50 %  
 Polyéosino 21 %  
 Polybaso 7 %  
 Monocytes 3 %  
 Lympho moyens 5 %  
 Lympho petits 20 %.

Traité par l'auroéomycine, la cortisone puis par le Moranyl, le malade était sorti guéri.

*Le 6 janvier 1956 :* entre à nouveau pour des lésions bulleuses du dos. Ces lésions polymorphes ont les mêmes caractères que celles présentées par le malade en 1953.

Seul le visage présentait les traces de guérison des anciennes lésions en vespertilio comme s'il s'agissait d'un lupus érythémateux guéri.

*L'hémogramme donne :*

G. R. 4.180.000  
 G. B. 6.100  
 Polyneutro 44 %  
 Polyéosino 11 %  
 Polybaso 0,66 %  
 Lymphocytes 37 %  
 Monocytes 7 %.

*La Biopsie* faite le 28-1-56 et refaite le 3-2-56 conclut à une Dermatite de Dühring.

*1<sup>re</sup> Biopsie du 28-1-56 :*

« Bulle sous-épidermique. L'épiderme est soulevé dans sa totalité. Dans le corps papillaire traînées cellulaires mononuclées et polynuclées (éosinophiles). L'image histologique est celle d'une Dermatite de Dühring ».



2° *Biopsie du 3-2-56 :*

« Au microscope la vésicule est constituée par une collection de sérum, de fibrine et de leucocytes neutrophiles et éosinophiles qui a clivé et détaché l'épiderme entier du chorion. Le chorion est très œdémateux et infiltré surtout de leucocytes. On note également quelques îlots de leucocytes localisés dans le derme. Il s'agit de lésions de dermatite herpétiforme : maladie de Dühring ».

*Le cyto diagnostic de Tzanck donne :*

« Les lames envoyées à l'examen colorées au May - GRUNWALD GIEMSA montraient :

La présence de très nombreux leucocytes à prédominance de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles.

On ne trouve que de très rares cellules épithéliales sans formation en placards. On ne trouve aucun liseré de deuil sur ces dernières cellules.

En résumé : il s'agit d'un grattage de bulle de maladie de Dühring confirmé par le diagnostic de la biopsie ».

La présence de prodromes sensitifs chez notre malade, le polymorphisme de l'éruption, l'absence du signe de Nikolsky, le caractère récidivant de l'éruption nous ont fait éliminer le diagnostic de pemphigus.

D'autre part l'anatomie pathologique montre que la bulle est sous-épidermique et le cyto-diagnostic de TZANCK vient confirmer notre diagnostic de maladie de Dühring - Brocq.

Cependant un diagnostic doit être évoqué et mérite d'être soulevé, celui de syndrome de Senear-Usher ou pemphigus séborrhéique. En effet la configuration des lésions, l'aspect de la peau, la présence il y a 3 ans de lésions du visage rappelant l'aspect en vespertilio du lupus érythémateux sont des éléments en faveur du syndrome de Senear-Usher. Les éléments qui vont à l'encontre de ce diagnostic sont cependant de valeur :

- absence du signe de Nikolsky;
- absence de cellules malpighiennes au cyto diagnostic de Tzanck;
- l'existence d'une bulle sous-épidermique et non intra-épidermique.

**CALCIUM  
CORBIÈRE  
BUVABLE**

*vitaminé*

**C. D. P. P.**

**2 FORMES**

**"Normal"**

C. D. P. P.

**GROSSESSE  
ALLAITEMENT  
CROISSANCE  
ANOREXIE  
STRESS**

Boite 8 ampoules 10cc.  
Coffret 24 ampoules 10cc.

**"Fort"**

C 500.D. PP 100mg.

**dépressions  
du tonus  
SURMENAGE  
PHYSIQUE ET  
INTELLECTUEL**

Boite 16 ampoules 10cc.

**1 à 3 ampoules par jour**

**— REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE —**

27, Rue des Renaudes. PARIS (XVII<sup>e</sup>)

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

## PRURIGO NODULAIRE

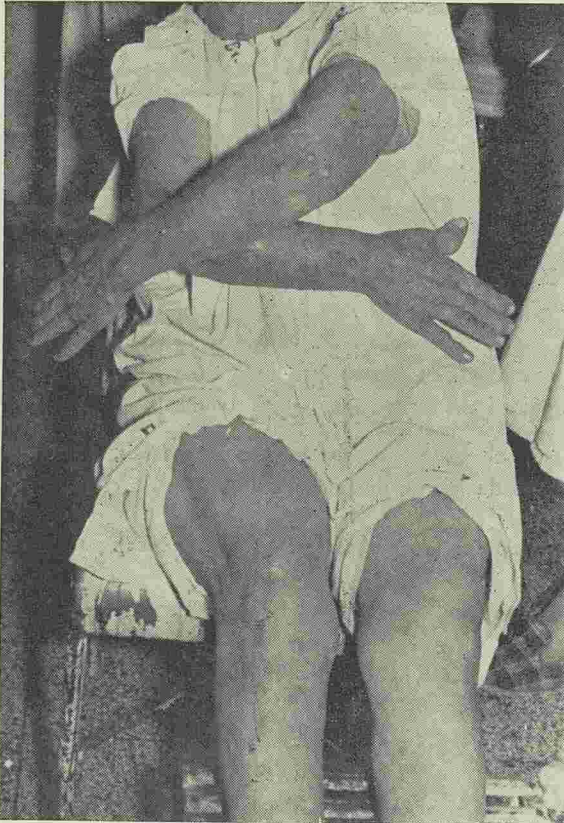
par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT

### *Présentation de malade.*

Manoubia bent Fradj, âgée de 65 ans, entre dans le service le 14 janvier 1956 pour une éruption de petits nodules siégeant surtout sur les membres et apparus il y a une trentaine d'années.

Les lésions ont commencé sur la face dorsale du pied droit pour gagner progressivement la jambe droite, la jambe gauche, les avant-bras des deux côtés, la moitié inférieure des deux bras et des deux cuisses. Il existe quelques nodules disséminés sur le tronc et l'abdomen.

Ces nodules apparaissent, selon les dires de la malade, à la suite d'un prurit extrêmement violent, puisque à l'époque elle ne pouvait pas supporter le contact des vêtements ou des couvertures sans que ces derniers ne déclenchent des crises de démangeaisons et la malade se grattait jusqu'au saignement.



Elle déclare que ses ongles avaient été usés par le grattage et qu'elle évite depuis de le faire et se contente de se gratter avec le plat de la main.

D'autre part, le prurit est plus fort lorsqu'il fait froid ou lorsqu'il fait très chaud.

Les lésions sont actuellement composées de saillies et d'élevures globuleuses ou allongées, quelquefois un peu aplaties, de la taille d'une lentille à un petit pois, fermes et durs à la palpation.

Ils sont recouverts, soit d'une couche kératosique mince et alors ils prennent une couleur un peu rose voisine de la peau environnante,



HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
" ROCHE "

9 = 1  
*vitamines* *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).*

*Au delà de 2 ans : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.*

*Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).*

PRODUITS " ROCHE " S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4<sup>e</sup>

tantôt on voit une superposition de lamelles blanchâtres ou même une croûte brunâtre lorsque la petite saillie a été grattée et s'est mise à saigner.

Les élevures sont nombreuses surtout sur les membres, mais s'arrêtent à mi-hauteur des bras et des cuisses. Il y en a beaucoup moins sur le dos, la région sacrée, la poitrine et l'abdomen.

A côté de ces nodules il existe des taches achromiques rondes entourées elles-mêmes de plages pigmentées qui seraient vraisemblablement le reliquat de lésions affaissées et du prurit qui entraîne cette surpigmentation.

En dehors de cette atteinte cutanée la malade est bien portante. Elle ne se plaint d'aucun trouble tant digestif qu'ovarien.

La malade est veuve depuis une quinzaine d'années. Elle a eu 3 garçons et 4 filles vivants et ces lésions nodulaires sont apparues vers la 4<sup>e</sup> grossesse et ne semblent pas avoir été influencées par les grossesses ultérieures.

La ménopause n'a pas apporté de soulagement ou d'aggravation à son état.

La tension artérielle est de 14,9.

Le B W est négatif.

L'urée sanguine est de 0,27.

La formule sanguine est la suivante :

Numération	3.980.000 G. R.
	8.240 G. B.
Formule	Poly Neutro . . . . 60 %
	Poly Eosino . . . . 0 %
	Mononucléaires
	et lymphocytes . . . 30 %
	Monocytes . . . . 10 %

Taux de l'hémoglobine : 80 %.

Cliniquement le diagnostic de Prurigo nodulaire de Hyde ne fait pas de doute. Nous pratiquons néanmoins une biopsie sur une lésion du bras. L'examen anatomo-pathologique donne le résultat suivant :

« Papule dont la partie médiane est légèrement déprimée.

Cette dépression est bourrée de lamelles de Kératine.

L'épiderme est hypertrophié. Le derme est épaissi et scléreux et le siège d'un infiltrat inflammatoire.

L'image histologique vient confirmer le diagnostic du prurigo-nodulaire de Hyde. »

**Traitement :** *Largactil*, un comprimé au début par jour en augmentant de 1/2 comprimé par jour jusqu'à 6 par jour. Essais d'hydrocortisone locale intra-nodulaire. Il semble se produire un léger affaïssement. Le prurit dans l'ensemble a beaucoup diminué sous l'influence du *Largactil*.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN

14 bis, Rue Arago — TUNIS



## Deux cas de Leishmanioses cutanées

par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT

### *Présentation de malades.*

#### PREMIER CAS

Zâara bent Salah, âgée de 11 ans, entre dans le service le 9 janvier 1956 pour une lésion ulcéro-croûteuse de la joue gauche.

Selon la mère la lésion aurait débuté il y a **un an** environ par une petite papule rouge grosse comme une tête d'épingle qui s'était mise à grossir pour former la lésion actuelle en l'espace de 6 mois.

A son entrée, la jeune enfant présentait une lésion de 2 centimètres et demi de diamètre nettement surélevée de un centimètre à peu près.

Elle était recouverte par une croûte brunâtre très épaisse qui était moins grande que la lésion entière, car elle était bordée par un talus érythémateux qui s'étendait encore de un centimètre sur la peau environnante.

Quand on détache la croûte avec une curette on constate que cette dernière est non seulement épaisse mais qu'il existe à sa face profonde de nombreux prolongements blanchâtres en dents de peigne.

La croûte enlevée on remarque un tissu de bourgeonnements criblé de trous correspondant aux dents de peigne en même temps qu'une certaine sérosité purulente et hémorragique.

Nous faisons cliniquement le diagnostic de leishmaniose cutanée.

Nous prélevons un peu de ce magmas que l'on étale sur des lames qui sont envoyées à l'Institut Pasteur et nous pratiquons une biopsie portant sur la lésion centrale et sur la bordure.

Les examens pratiqués par Mme GORDEEFF montrent :

- pour le frottis, la présence de leishmanies;
- pour l'examen anatomo-pathologique, ce qui suit :

« Il s'agit bien, en effet, d'une leishmaniose cutanée avec cellules réticulaires bourrées de leishmanies. »

Cette fillette, par ailleurs en bonne santé, vient de la région de Souk El Arba, d'une famille d'ouvriers agricoles habitant à 6 km. de la ville, sur les rives de l'Oued Mellègue.

Elle a deux sœurs qui sont en bonne santé et qui n'ont pas de lésions cutanées.

# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT  
OLÉO  
INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.  
SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice  
du système vasculaire)

XXX gouttes



CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)  
0,25



MENTHE  
(Stimulant)  
X gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

MODE D'EMPLOI : 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS



### DEUXIEME CAS

Rebeh bent Lakhdar, âgée de 7 ans et venant de Souk El Arba, est hospitalisée le 16 janvier 1956 pour une ulcération croûteuse siégeant sous l'œil droit.

Il s'agit d'une lésion ovale de 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large, légèrement surélevée.

A sa partie centrale on note une croûte ronde, brunâtre, épaisse. Tout autour de la croûte la lésion est érythémateuse et légèrement fluctuante.

Quand on soulève la croûte, cette dernière apparaît tapissée à sa face profonde, par une multitude de prolongements filiformes blanchâtres, comme les poils d'une brosse et plongeant dans l'ulcération.

Sous la croûte on trouve un magma séro-purulent et un tissu de bourgeonnement assez friable.

Cette lésion serait apparue depuis 4 mois et la fillette a toujours demeuré à Souk El Arba. Là encore, l'examen clinique nous fait poser le diagnostic de bouton d'orient et un prélèvement envoyé au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de Mme GORDEEFF confirme le diagnostic de leishmaniose cutanée.

Les deux malades ont été soumises au traitement par la Glucantime et l'amélioration déjà se fait sentir.

Ces deux cas font suite à un autre cas que nous vous avons présenté il y a environ un an et que nous avons détecté dans la banlieue de Tunis.



**Théophylline-  
p-aminobenzoate  
de pipérazine**

**ANTALBY  
BAILLY**

ET SES ASSOCIATIONS

**ANTALBY PHÉNOBARBITAL**  
SÉDATIF

**ANTALBY OUABAÏNE**  
CARDIOTONIQUE

*Dyspnées  
broncho-pulmonaires  
ou cardio-vasculaires*

Posologie	Suppositoires A	Suppositoires E	Comprimés	Ampoules
<b>ANTALBY</b>	1 à 4 par jour	1 à 4 par jour	3 à 8 par jour au cours des repas	1 à 2 par jour en I.V. ou aéroso
<b>ANTALBY- PHÉNOBARBITAL</b>	1 à 3 par jour	1 à 4 par jour	3 à 8 par jour au cours des repas	
<b>ANTALBY- OUABAÏNE</b>	1 à 3 par jour			

**LABORATOIRES A. BAILLY**  
SPEAB - 19 RUE DU ROCHER - PARIS 8

Agents dépositaires pour la TUNISIE :  
**MM. VALENZA & C<sup>ie</sup>** 36, Rue Thiers TUNIS

**DELICIEUSE CONFITURE LAXATIVE  
ANTISPASMODIQUE A BASE DE FRUITS D'ORIENT  
TAMARINE  
PAS DE PRODUITS CHIMIQUES - PAS D'ACCOUTUMANCE**

**INFAILLIBLE DANS TOUS LES CAS DE STASES INTESTINALES**

**Laboratoires FURT - 4, Av. de la Libération, LE BOUSCAT - BORDEAUX (Gironde)**

**TUNISIE : PHARMACO - 25, Rue Malta-Srira - TUNIS  
& Toutes Pharmacies**

## Cardiopathie congénitale cyanogène (TRILOGIE DE FALLOT)

### Infundibulectomie pulmonaire

par J. DEMIRLEAU, H. H. COHEN et M. BELLAICHE

La triologie de Falloï est une malformation cardiaque congénitale définie anatomiquement par un rétrécissement orificiel de l'artère pulmonaire, une communication interauriculaire et un septum interventriculaire intact.

Comparée à l'ensemble des cardiopathies congénitales, sa fréquence est faible, environ 3,5 % des cas.

Le tableau fonctionnel, peu évocateur, est dominé par un signe capital : la dyspnée d'effort, auquel s'ajoute de façon variable et inconstante la cyanose et l'hippocratisme digital.

L'accroupissement après effort est assez rare, et pour certains il s'inscrirait même contre le diagnostic.

Un souffle systolique rude, souvent frémissant, maximum dans les 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> espaces gauches est constamment retrouvé à l'auscultation, souvent associé à un deuxième bruit pulmonaire diminué ou absent.

L'examen radiologique est capital. Il met en évidence, le plus souvent, une silhouette cardiaque modérément augmentée de volume dont les caractéristiques essentielles sont le débord droit accusé, un arc inférieur gauche convexe terminé par une pointe arrondie et plongeante, une artère pulmonaire gauche généralement dilatée et battante contrastant avec celle du côté droit de calibre normal ou diminué.

Les positions obliques font apparaître clairement l'augmentation de volume du cœur droit : le ventricule, reconnaissable à sa saillie antérieure, refoulant en arrière le ventricule gauche normal ou hypoplasique et l'oreillette droite sous forme d'une masse qui déborde vers l'arrière l'œsophage opacifié (O.A.G.) ou qui surmonte la masse du ventricule droit (O.A.D.).

A ces signes s'ajoutent deux constatations essentielles : arc aortique en place et hypertransparence pulmonaire.

L'électrocardiogramme, enfin, montre dans la grande majorité des cas une hypertrophie auriculaire et ventriculaire droite très particulière (surcharge systolique de Cabrera et Monroy, ou type « barrage » de DONZELOT) caractérisée par une déviation droite très importante de QRS, une prédominance de positivité de grande amplitude en V1 et V2, avec segment ST sous-dé nivelé et onde T profondément négative. L'ensemble de ces signes confère à la triologie de Falloï une physionomie suffisamment évocatrice pour en permettre en général le diagnostic.

L'augmentation radiologique de volume du cœur et l'importance des altérations électriques permettent en outre des déductions pronostiques de grande valeur.

L'observation que nous rapportons aujourd'hui est très caractéristique.

#### O B S E R V A T I O N S

La jeune Nazira, âgée de 15 ans, découverte par l'un de nous à Sousse, nous est adressée le 27-12-55 pour cardiopathie congénitale.

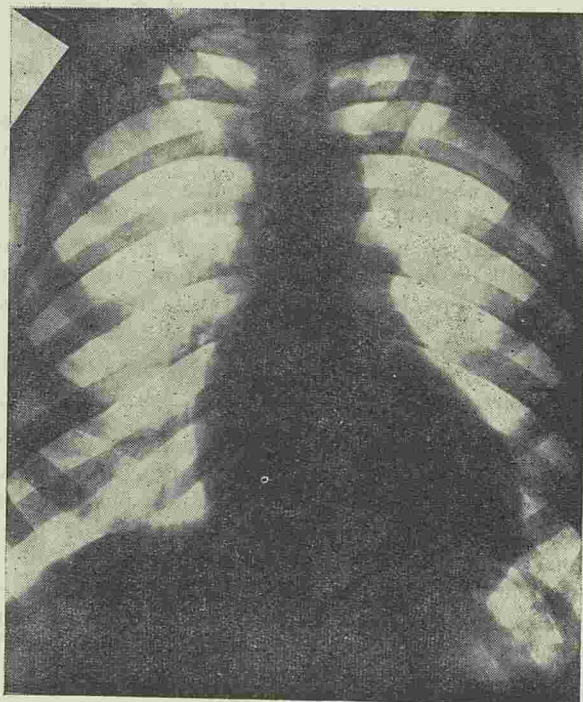
L'étude des antécédents est malaisée; l'enfant est née à terme dans des conditions normales et c'est seulement à l'âge de 5 ans que la cyanose a été constatée pour la première fois.

Par la suite, elle a grandi normalement, seulement gênée par une dyspnée d'effort de plus en plus marquée.

A son entrée, nous constatons en effet que le développement tant physique qu'intellectuel est normal.

Le visage et les extrémités sont notablement cyanosés, les lèvres sont sèches et les extrémités, le siège d'un hippocratisme marqué.

A l'auscultation on perçoit un souffle systolique assez rude et frémissant, maximum dans le troisième espace intercostal gauche, irradiant sur toute la poitrine.





*Fragilité*  
*des artères = Rutascol*  
*des veines = Rutascol à la Kalléone*

# RUTASCOL A LA KALLÉONE

RUTINE + VITAMINE C + HORMONE CIRCULATOIRE PANCRÉATIQUE



SUPPRIME LA FRAGILITÉ CAPILLAIRE  
LÈVE LE SPASME ARTÉRIOLAIRE



TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE  
VEINEUSE CHRONIQUE  
VARICES  
ULCÈRES VARIQUEUX



**3 À 5 DRAGÉES PAR JOUR**

98, RUE DE SÈVRES - PARIS-VII<sup>e</sup>

**THERAPLIX**



AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet

Le deuxième bruit pulmonaire est très assourdi; il existe de nombreuses extrasystoles. La T.A. est de 9/6.

Les R.X. montrent de face (fig. I) un cœur modérément augmenté de volume, avec un débord droit net, un arc moyen saillant et pulsatile dans sa partie supérieure et un arc ventriculaire convexe à pointe globuleuse plongeant dans le diaphragme.

L'arc aortique est normal. Les poumons sont très clairs. Les positions obliques permettent de vérifier l'augmentation dimensionnelle du ventricule droit dont la paroi colle en avant un gril sterno-costal, ainsi que celle de l'oreillette droite seulement visible en O.A.D.

Electricquement, le rythme est sinusal avec de nombreuses extrasystoles auriculaires.

Les ondes P sont hautes et pointues en D2, V1 et V2; les complexes ventriculaires QRS de grande amplitude ont un axe à  $+ 150^\circ$  et sont constituées en V1 par une grande onde R Une onde S importante apparaît en V2 et persiste jusqu'en V6.

Ce bilan est complété par :

- une épreuve à l'éther positive;
- l'examen du fond d'œil : forte congestion veineuse avec flou des contours papillaires;
- Hémogramme : 6.850.000 G.R. avec 100 % hb. et 9.280 G.B.;
- Vitesse de sédimentation : 5-15;
- Urée sanguine : 0,17.

Ce syndrome sémiologique nous paraît très suggestif de la trilogie de Fallot.

La malade est mise sous tente à oxygène et réhydratée convenablement en vue de l'opération.

#### I N T E R V E N T I O N

Elle a lieu le 6 janvier 1956, par thoracotomie intercostale dans le 6<sup>e</sup> espace gauche.

Un thrill extrêmement important est perçu au niveau de l'artère pulmonaire, à travers le péricarde.

Après incision de ce dernier, on constate qu'il siège sur la portion ascendante de l'artère pulmonaire où un véritable jet de sang vient frapper le doigt.

Les différents valvulotomes puis le dilatateur lui-même engagés par la brèche infundibulaire, franchissent facilement la sténose.

On passe finalement l'infundibulotome de Brock qui accroche très bien et permet d'enlever un fragment d'infundibulum.

A ce moment un arrêt cardiaque impressionnant se produit, qui se poursuit malgré 2 injections de chlorure de calcium. On injecte alors

de l'adrénaline tout en continuant à masser le cœur. Ce dernier finit par repartir après quelques minutes.

Le résultat anatomique est excellent. En effet le thrill a, sinon complètement disparu, du moins diminué dans des proportions considérables, et l'on ne sent plus le jet sur la paroi antérieure. L'étude des fragments restés dans l'infundibulotome montre qu'il s'agit vraisemblablement de paroi infundibulaire.

La perfusion d'adrénaline est poursuivie après fermeture du thorax.

### SUITES OPERATOIRES

Elles sont des plus simples.

La cyanose diminue rapidement au cours des jours suivants, et l'hémogramme du 13-1-56 donne déjà le chiffre de 4.270.000 G.R.

### D I S C U S S I O N

C'est seulement depuis 1949, à la suite des travaux du chirurgien anglais Brock, que la trilogie de Fallot est devenue affection chirurgicale.

En effet, bien qu'anatomiquement dominée par une sténose pulmonaire, elle ne relève pas de l'anastomose de Blalock.

Cette dernière aurait pour effet d'augmenter le retour veineux pulmonaire, c'est-à-dire la pression dans l'oreillette gauche et la traduction de ce fait hémodynamique serait soit, la fermeture de la communication interauriculaire (si elle est due à l'ouverture de la valvule de Vieussens), soit une diminution du shunt auriculaire droit-gauche (s'il s'agit d'un foramen ovale).

Ce shunt se comporte normalement comme un émonctoire à l'hypertension ventriculaire droite déjà considérable (120 à 160 mm/hg au-lieu de 25 normalement), et sa suppression ajoute un nouveau facteur de surcharge au cœur droit.

En fait une telle intervention pratiquée par erreur dans des cas de trilogie, s'est soldée à plusieurs reprises par une insuffisance ventriculaire droite rapidement irréductible.

On conçoit donc l'importance d'un diagnostic précis.

Sous l'influence de Brock cependant, l'attaque directe de la sténose quelle que soit sa forme, tend à se substituer à l'anastomose.

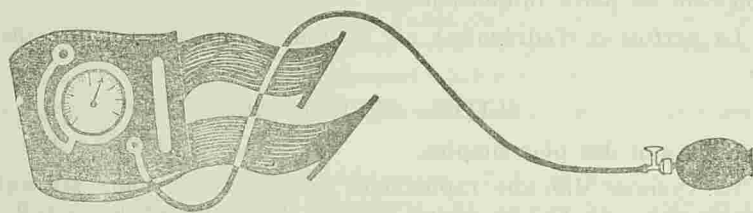
On oppose en effet actuellement 2 types de sténose.

1° Celle qui intéresse l'infundibulum pulmonaire, apanage surtout de la tétralogie de Fallot;

2° Celle qui soude au contraire les sigmoïdes pulmonaires (réalisant le classique aspect en museau de tanche) caractérisant principalement la trilogie de Fallot.



# HYPERTENSION ARTÉRIELLE



# Serpasil

nom déposé

L'ALCALOÏDE HYPOTENSEUR DU RAUWOLFIA

ISOLÉ PAR

**CIBA**

- abaisse progressivement les chiffres diastoliques et systoliques
- calme et détend

non toxique • très bien toléré • sans contre-indication  
comprimés à 0,10 mg et 0,25 mg • 2 à 6 par jour

LABORATOIRES CIBA • 111, Bd VIVIER-MERLE • LYON • 57, QUAI D'ORSAY • PARIS

Cette distinction est niée par Brock, sur la foi de ses constatations opératoires, « dynamiques », qu'il estime différentes de ce que l'on voit à l'autopsie.

Notre observation confirme en partie ses vues, puisqu'il s'y est agi d'altérations infundibulaires et apparemment non sigmoïdiennes.

En tous cas, cette nouvelle conception a un grand mérite : elle est rationnelle du fait même qu'elle s'attaque à l'obstacle anatomique et permet pour l'avenir les corrections complémentaires que les progrès de la technique nous permettront sûrement de réaliser.

La suppression du barrage pulmonaire ayant été effectué chez notre malade, les troubles fonctionnels doivent progressivement s'estomper ou même disparaître.

Néanmoins un double danger théorique doit être envisagé.

Le premier tient au fait même de la résection. Insuffisante, elle ne permettra qu'une amélioration partielle; trop large au contraire, elle entraîne une hypertension pulmonaire qui réalise à la longue une condition voisine de celle du complexe d'Eisenmenger. Un tel état est d'ores et déjà curable par le cerclage de l'artère pulmonaire.

Le second dépend de la communication interauriculaire que l'opération n'a pas supprimée.

Cette dernière étant secondaire dans la trilogie de Fallot, sa persistance ne paraît pas en principe devoir faire peser sur l'avenir un risque très sérieux. Le cas échéant sa fermeture pourrait être envisagée.

Il reste que, pour le moment, un pas essentiel a été franchi. La restauration de conditions hémodynamiques voisines de la normale ayant écarté les risques de défaillance cardiaque, fait regresser la cyanose d'une façon saisissante et ramené déjà à son taux normal le chiffre des globules rouges (4.200.000, dix jours après l'intervention), l'avenir de cette malade doit être envisagé avec optimisme.

INNOVATIONS  
innothéra  
THERAPEUTIQUES

**SYMPATHYL**

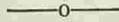
RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

3 à 8 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCEUIL (SEINE)

# HEXOLINE

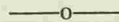
(Fructose — Diphosphate de calcium)



HEXOLINE - GLYCOCOLLE

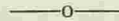
HEXOLINE - CORTICO - SURRENALE

HEXOLINE - PILOCARPINE - PHÉNOBARBITAL

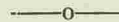


Etats dépressifs — Asthénies — Surmenage cérébral

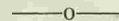
Insuffisance surrénale — Hypertension



Présentation dans chaque formule : Tube de 100 dragées



*Documentation et échantillons sur demande*



---

Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



## Goitre hypothyroïdien subaigu chez un jeune. Guérison par le Lugol et l'extrait thyroïdien

par MM. A. CORCOS, S. MOKADDEM et A. STA-M'RAD



Les goîtres sont rares en Tunisie, on en trouve quelques-uns endémiques, simples, dans les régions montagneuses de la frontière algérienne, d'autres sporadiques disséminés. Les goîtres hypothyroïdiens se voient plus volontiers à la ménopause. Nous n'en avons jamais observé chez un adolescent tel que celui de l'observation suivante :

Khaled M..., 18 ans, étudiant, vient consulter le 8 octobre 1955 pour tuméfaction du cou, bouffissure du visage, voix rauque, le tout datant de 15 jours. Etudiant à Tunis, il a passé ses vacances dans son île natale de Djerba et c'est là qu'a débuté la maladie.

*A l'examen* : on est frappé par un mélange de bouffissure et d'anémie du visage. La voix est grosse, presque rauque. La base du cou est élargie par un goitre important, diffus, de consistance, ferme et uniforme. Le tour du cou est de 38 cm 1/2. Le poids est de 55 kg habillé. Enfin le malade se plaint de tendance au sommeil. Le Dg de goitre avec hypothyroïdie s'impose, il est confirmé par les examens de laboratoire : hémogramme : Globules rouges : 3.430.000; Hb : 78 %; V.G. : 0,9; Blancs : 8.950 dont 64 % de poly; (62 neutro, 2 éosino, 0,5 baso). Lympho : 27 %, Monocytes : 8,5 %, (Anémie, légère leucocytose); surtout *cholestérol* : 4 gr 12, *métabolisme basal abaissé à moins 17 %*.

Le malade est mis au traitement suivant : régime hypercarné et suppression des corps gras, Lugol fort 20 gouttes par jour, extrait thyroïdien 0 gr, 15.

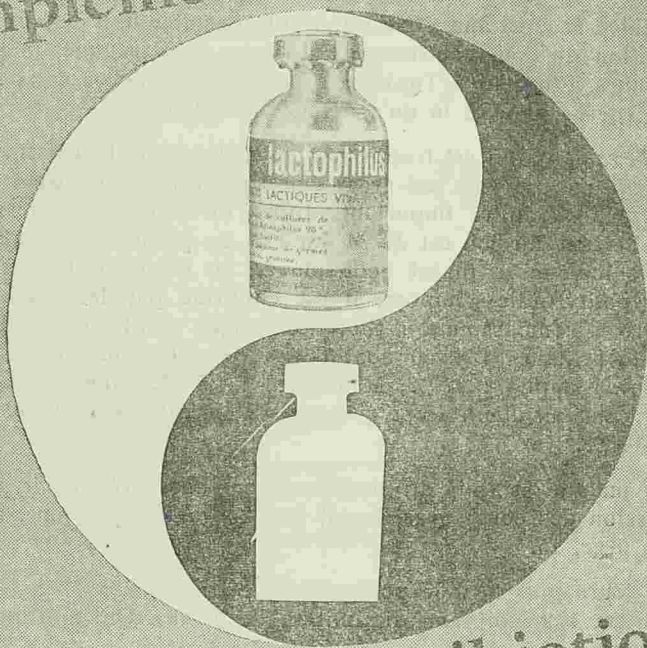
10 jours plus tard le pouls est à 72, le poids à 53 kg, le tour du cou 36 cm 1/2 (soit une diminution de 2 cm). On continue le même traitement.

10 jours plus tard on réduit le Lugol à 15 gouttes et on passe à 0 gr, 20 d'extrait thyroïdien. 10 jours plus tard le pouls est à 64, le poids à 54 kg le tour du cou à 35 cm 1/2. On continue le même traitement. On réduit ensuite progressivement l'extrait thyroïdien tous les 10 jours de 5 cgr.

Le 30-11-55 le pouls est à 80, le poids à 52 kg 1/2, le tour du cou est à 35 cm. La voix est normale. Amélioration de l'anémie, la bouffissure du visage a complètement disparu, le corps thyroïde involué est strictement normal. N.G. : Rouges 3.610.000, Hb : 76 %, V.G. : 0,9. Leu-

# Lactophilus

complément vivant



des antibiotiques

INFECTIONS INTESTINALES

LABORATOIRE DE BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE LAVRIL  
13, rue Peclot - Paris 15<sup>e</sup>

cocytes : 7.300, (poly 63 dont 60 neutro, 3 éosino. 29 % limpho, 8 % monocytes). *Le cholestérol est à 2 gr, 42, le métabolisme basal à + 9,75 %.* On arrête le Lugol et on passe à 9 gr, 05 d'extrait thyroïdien tous les deux jours.

On revoit le malade le 17-1-56 : son poids est 51 kg, le pouls à 84, le tour du cou à 35 cm. Tout traitement est arrêté, le malade semble définitivement guéri.

*En résumé,* chez un jeune homme de 18 ans, apparition rapide sans cause apparente d'un goitre hypothyroïdien clinique et biologique. Le traitement au Lugol et à l'extrait thyroïdien le guérit en 3 mois environ.

Ce cas mérite quelques brefs commentaires. Nous n'avons pu trouver d'origine alimentaire, carentielle ni infectieuse à ce goitre. Le malade n'a pas fait de séjour prolongé à la montagne. De sorte que nous sommes réduits à une hypothèse d'hypofonctionnement thyroïdien post pubertaire, qui, nous pensons, a été plus sensible à l'extrait thyroïdien qu'à une peu vraisemblable carence iodée.



# FRÉNANTOL

COMPRIMÉS

AMPOULES INJECTABLES  
ONGUENT

LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35



GRANULÉ SOLUBLE

# AGOCHOLINE

DU DOCTEUR  
**ZIZINE**

**AGENT**  
DE  
**DRAINAGE**  
**BILIAIRE**  
d'une  
remarquable  
activité



Congestion du foie et  
de la vésicule biliaire.  
Lithiase biliaire. — Ictère.  
Cholécystites chroniques.  
Troubles digestifs et généraux  
d'origine hépatobiliaire.



*Adultes: prendre le matin à  
jeun dans un demi verre d'eau  
chaude, une à trois cuillères à  
càfé d'Agocholine (Commencez  
par les doses faibles)*  
*Enfants: à partir de trois  
ans, 1/4 à une cuillère à  
càfé suivant l'âge*

EDITIONS PAUL MARTIAL — PARIS

LABORATOIRES ZIZINE — 24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12<sup>e</sup>

## Ictère subaigu cirrhogène et ascitogène aggravé Traitement par cortisone et glutamate de calcium. Echec

par MM. A. CÔRCOS, A. STA-M'RAD et Mme S. CÔRCOS

—o—

Mme Drifa bent., 35 ans, mélanoderme, entre à l'hôpital le 28-2-55 pour ictère et ascite.

Début, il y a cinq mois, par un ictère progressif colorant les conjonctives, les urines, ne décolorant pas les matières. Cet ictère, léger pendant deux mois, fonça les trois mois suivants. De plus, il y a un mois est apparu une ascite légère. Enfin la malade présente depuis cinq jours une métrorragie importante (caillots de sang).

*Examen* : Pas de fièvre. Ictère colorant bien les muqueuses, les urines sont très foncées. Taches de purpura sur le visage, l'abdomen et les cuisses. Ascite de moyenne abondance. Légers œdèmes lombaires et des membres inférieurs. Pas de rate. Le foie n'est pas perçu. Examen génital négatif. Urines : ni sucre, ni albumine.

La malade est mise au sérum glucosé sous-cutané (500 cc) à l'auréomycine (1 gr par jour), à l'hépacholine (2 ampoules par jour) et au régime sans sel. Elle reçoit une fois une injection de 50 mgr de K. Thrombyl.

Les jours suivants l'ictère s'aggrave, la métrorragie persiste une huitaine de jours encore, et le 7-3-55 la malade devient obnubilée quoique calme, l'ascite subitement augmentée de volume depuis quatre jours nécessite une ponction (6 litres de liquide hypercholoré)

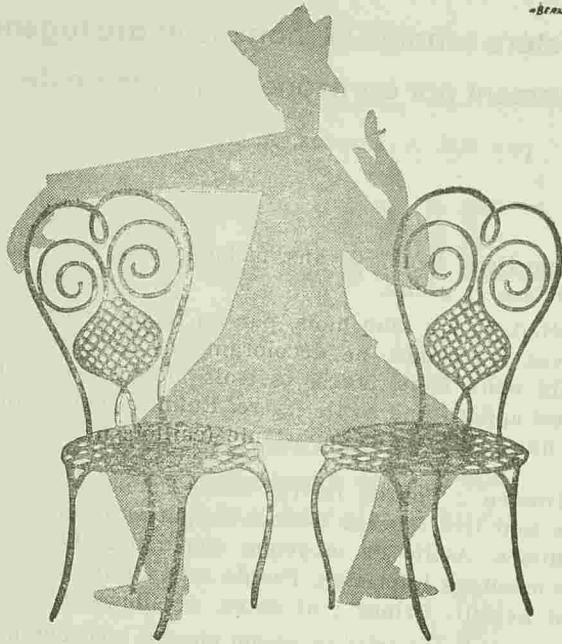
*Examen* (I. Pasteur) : Chimie : albumine 4 gr; Rivalta : exsudat, pigments et sels biliaires : présence. Cytologie : présence d'assez nombreuses cellules endothéliales, de quelques lymphocytes et de quelques hématies dans le culot de centrifugation. Absence de microbes.

La tension artérielle est à 8-5/12.

*Examens spéciaux* : Urée 0 g, 82; Cholestérol total : 1 g, 22; Gros : 0,81; Mac Lagan : 16 unités; Céphaline Cholestérol : ++++. La glycémie n'a pu être faite. Lame pour hématozoaires : négative.

La malade continue à prendre 1 gr par jour d'auréomycine et on lui donne 250 mmgr de cortisone per os.

Dans la nuit du 7 au 8 : vers 5 heures du matin l'agitation fait place à une torpeur complète avec inconscience. Vers 9 heures du matin apparaissent en plus des soubresauts musculaires. Le réflexe de déglutition est perturbé



## HEMORROÏDES

- CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES  
100 à 500 gouttes par jour
- TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
30 à 90 gouttes par jour

VARICES . PHLÉBITES . ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES  
VEINEUX . FRAGILITÉ CAPILLAIRE . ENGELURES  
30 à 300 gouttes par jour

*Toutes les doses ci-dessus doivent être absorbées en prises fractionnées*

# Intrait de Marron d'Inde "P"

*La préparation la plus riche en vitamines "P" native*

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3 000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 434  
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1 000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 179

11.000 γ  
de  
Vitamine P  
par cc.



Remboursé par la Sécurité Sociale  
Échantillons sur demande



Le 8-3 : tableau des plus graves. L'ascite se reproduit très rapidement. Le pouls est petit, filiforme, surtout la malade est agitée, délirante. Elle a des soubresauts tendineux. Elle n'arrive plus à boire. Nous lui faisons un litre de sérum glucosé sous-cutané, 750 mmgr de cortisone en injection, et comme on n'arrive pas à faire d'intra-veineuse, on injecte dans l'ascite 30 gr. de glutamate de calcium.

Le 9-3 : le coma est plus profond. On injecte 750 mmgr de cortisone en trois fois, on vide 2 litres d'ascite et on réinjecte dans le péritoine 30 gr de glutamate de calcium. Mort dans la nuit.

*Autopsie : Pancréas* : (100 gr) fibrose irrégulièrement répartie touchant certains lobules plus que d'autres.

*Rate* : (300 g) fibro-adénie par métaplasie fibreuse de la trame réticulaire, épaissement fibreux de la capsule, adhérence péritonéale en une zone correspondant à une vive fibrose cicatricielle étoilée du tissu splénique sous-jacent.

*Le foie* : (1.410 gr) était chamois et traversé de larges travées de fibrose. Cirrhose très avancée. Le parenchyme hépatique est constitué par de petits îlots cellulaires de taille irrégulière circonscrits par de larges bandes scléreuses. Ces îlots sont le siège de foyers nécrotiques occupés en leur centre par des plaques biliaires. (Mme GORDEEFF Institut Pasteur).

*En résumé* : il s'est agi chez une femme de 35 ans, d'un ictère cirrhogène et ascitogène datant de cinq mois qui s'est aggravé en quelques jours. Ni la cortisone à haute dose (750 mgr), ni le glutamate de calcium (à 30 gr par jour, encore que ce dernier n'ait pu être injecté que par voie intra-péritonéale) n'ont pu réveiller la malade de son coma. L'autopsie a montré une cirrhose étendue du foie ainsi qu'une sclérose de la rate et du pancréas.

En somme, au cours d'un ictère prolongé cirrhogène avec ascite secondaire apparition d'un coma progressif. L'injection intra ascitique de glutamate de Ca (60 gr en 48 h) n'a pu éviter l'apparition du coma et de la mort.

Certes la sclérose étendue constatée à la vérification anatomique explique l'irréversibilité de cet ictère grave. Cependant différentes observations (Cachin) font état de réveils transitoires de cirrhoses alcooliques constituées de longue date.

On sait que suivant la théorie de l'Anglais WALSCHE le coma hépatique serait dû à l'intoxication des centres nerveux par différents amino-acides, et surtout par l'ammoniaque qu'on trouverait à des taux fort élevés dans le système nerveux au cours du coma hépatique. L'acide glutamique sous forme de glutamate de sodium neutraliserait l'ammoniaque en excès. (Notons que certains auteurs préfèrent utiliser le glutamate de calcium ou de potassium, craignant d'augmenter les œdèmes par l'apport de sodium).

TRAITEMENT DES MALADIES

*dites du* **collagène**

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

**EXTENCILLINE**

( BENZATHINE - PÉNICILLINE )

*Pour la voie buccale :*

**Comprimés dosés à 200.000 U.I.**

**Suspension buvable dosée à 150.000 U.I.**  
par cuillerée à café.

*Pour la voie intramusculaire*

**Nécessaire dosé à 600.000 U.I.**  
et à 2.400.000 U.I.

**EXTENCILLINE-BIPÉNICILLINE**

*Pour la voie intramusculaire :*

**Nécessaire dosé à 1.200.000 U.I.**

POLYARTHRITE CHRONIQUE ÉVOLUTIVE  
LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DISSÉMINÉ  
PÉRIARTÉRITE NOUEUSE

**NIVAQUINE**

*comprimés dosés à 0g10*



Le glutamate n'a vraiment d'intérêt que dans les ictères graves, soit primitifs, soit secondairement aggravés, mais non sclérogènes, c'est ainsi que DECOURT a obtenu un succès spectaculaire au cours d'un ictère aggravé.

Nous mêmes avons utilisé à trois reprises le glutamate dans des ictères aggravés, le 1<sup>er</sup> cas guérit, mais il faut dire qu'il s'agissait d'une femme enceinte qui venait d'avorter, nous savons que ces cas sont assez souvent suivis de guérison. Au contraire les deux autres cas furent des échecs.

Par ailleurs, nous avons nous-mêmes observé des cas d'épisodes spontanément résolutifs soit au cours d'ictères ascitogènes, soit au cours d'ictère secondairement aggravé. De sorte qu'il est très difficile d'affirmer la valeur thérapeutique de glutamate dans les comas hépatiques.

Quant à la cortisone, si DUCCI a rapporté deux cas de guérison d'ictère grave par la cortisone à hautes doses et CATTAN des améliorations anatomiques au cours d'hépatites prolongées, le même raisonnement et les mêmes objections peuvent s'appliquer que pour l'acide glutamique. Cependant pour CATTAN l'action anti-inflammatoire et diurétique de la cortisone est fort intéressante dans les ictères ascitogènes viraux.

En conclusion et étant donné l'effroyable gravité des comas hépatiques, il y a tout intérêt à essayer ce traitement dès les signes de début d'aggravation de l'ictère, tout particulièrement dans les hépatites virales.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÈRA)

choline, papaine  
sels biliaires  
Boldo

**EUCHOBYL**

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



# COLITES PARASITAIRES

---

**ACTIVITÉ INÉGALÉE**

neutralisation de

**1500** doses mortelles  
d'histamine



**TOLERANCE EXCEPTIONNELLE**

Toxicité per os :

**1,25 g/kg**



**DUREE D'ACTION  
JAMAIS ATTEINTE**

**24** h. en clinique

**15** jours en laboratoire

*Remboursé à la S. S. et A. M. G.*

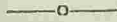
---

UCEPHA : 24, Rue des Ursulines — SAINT-DENIS (Seine).

TUNISIE : J. BERREBBI — 81, Avenue de Londres - TUNIS.

## Essai de traitement des colites parasitaires par les antihistaminiques de synthèse

par Maurice COHEN



Il pourrait paraître surprenant à première vue que l'usage des anti-histaminiques de synthèse, si largement utilisés par ailleurs dans les gastrites par exemple, ne se soit pas généralisé dans les cas de colites parasitaires en particulier. Peut-être est-ce dû à l'action du traitement à visées étiologiques. Pourtant ces produits peuvent rendre service ainsi que nous allons le voir.

### BASES EXPERIMENTALES DE CETTE THERAPEUTIQUE

Au cours d'expériences sur le choc histaminique chez le cobaye, dont les résultats ont été publiés par ailleurs, nous avons été frappés par la fréquence des défécations que présentaient les animaux d'expérience au cours de la première demi-heure du choc. Ces animaux recevaient par voie sous-cutanée 1 mgr/kg d'histamine. C'est ainsi que certains d'entre eux arrivaient à avoir 5 ou 6 selles au cours du premier quart d'heure. Ce phénomène surprenant se renouvela au cours de toutes les expériences, et ce qui nous intéressa ce fut la cadence rapide de répétition des défécations. Cette cadence se ralentissait au cours de la seconde moitié du choc qui était suivi pendant une heure environ. Les selles, remarquons-le, étaient normales.

### AU POINT DE VUE CLINIQUE

Quelques malades atteints de colites amibiennes en décrivant leurs troubles les caractérisèrent ainsi : Deux ou trois selles liquides le matin, puis un calme relatif pendant la journée. Les défécations matinales avaient lieu à intervalles très rapprochés. Le rapprochement avec le syndrome présentés par nos cobayes, fut suggéré par cette description, c'est pourquoi nous avons entrepris de traiter nos colitiques par les anti-histaminiques de synthèse.

Le premier problème qui se posa fut le choix de l'anti-histaminique. Nous sommes arrêtés à l'Histabutizine, car cet antihistaminique a peu d'effets secondaires et nous voulions éviter de voir l'action de l'anti-histaminique rapportée à son influence neuro-végétative. Nous avons également utilisé d'autres produits avec des résultats semblables.

Les deux premiers malades à qui nous avons appliqué ce traitement étaient rebelles à toute thérapeutique. Ce sont, tous deux, deux colitiques qui avaient tout essayé, y compris trois cures thermales à Chatel-Guyon avec toujours des résultats transitoires. Nous connaissons tous ces malades que finalement on étiquette comme des neuro-végétatifs et qui entraînent leur colite en acceptant toute nouvelle thérapeutique. Nous leur avons prescrit deux comprimés par jour d'histabutizine sans autre thérapeutique associée et en évitant toute action psychologique afin de nous rapprocher le plus possible des conditions expérimentales.

Le résultat fut semblable dans les deux cas, à savoir, une amélioration très nette au cours du traitement, mais qui cesse peu de temps après la suspension de la thérapeutique.

De nouvelles cures furent reprises quelques mois plus tard chez ces malades, trois fois chez le premier, deux fois chez le second. Chaque cure entraînait l'amélioration transitoire. Si bien qu'un d'entre eux reprend spontanément ce traitement quand il présente des douleurs abdominales intenses.

Le troisième cas est plus curieux : Il s'agit d'un sujet d'une quarantaine d'années qui présente des épisodes douloureux abdominaux siégeant dans la fosse iliaque droite. Nous avons éliminé successivement l'appendicite, la colique néphrétique pour nous arrêter au diagnostic vague d'attente de typhlo-colite. Les premières crises furent traitées par l'atropine, les antibiotiques, elles durèrent huit jours. Les deux dernières furent traitées par l'histabutizine associée à la sulfaguandine. En 48 heures les douleurs disparurent. Actuellement dès le début des douleurs ce sujet absorbe quelques comprimés d'anti-histaminique et il n'a plus présenté depuis un an de forte crise douloureuse. Il ne présente pas de parasites.

Notre quatrième cas était une dysentérie amibienne aiguë. Nous avons donné l'anti-histaminique concomitamment avec le traitement antibiotique, le résultat fut tardif, nous l'attribuons au traitement de l'amibiase proprement dite. Si bien que nous considérons ce cas comme un échec.

Nous avons depuis utilisé ce traitement dans de nombreux cas de colites parasitaires. La plupart de nos malades ont été plus ou moins perdus de vue. Ce qui arrive fréquemment chez ces petits colitiques, il nous est donc difficile de présenter une statistique globale. Force est de se contenter d'approximations.

Dans l'ensemble, les résultats sont encourageants mais transitoires, si bien que nous avons ainsi codifié les INDICATIONS DU TRAITEMENT.



Nouveau

# AMŒBAL

MERCAPTO-ARSENICAL

(ARSENIC ORGANIQUE TRIVALENT EN LIAISON CHIMIQUE AVEC SON ANTIDOTE LE B.A.L.)

*ce  
nouvel anti-amibien  
de toxicité infime*

RÉNOVE  
LA THÉRAPEUTIQUE DES FORMES  
SUBAIGUËS et CHRONIQUES

*Efficacité maximum  
en un temps minimum*

5



COMPRIMÉS  
PAR JOUR  
PENDANT

5

JOURS

chaque comprimé  
contient 100 millig.  
d'AMŒBAL

AMŒBAL

- ▶ s'administre à PETITES DOSES  
10 millig./K. par jour - MAXIMUM 500 millig. par 24 h.  
en une seule prise, le matin avant le petit déjeuner
- ▶ négative les selles en CINQ JOURS
- ▶ ne provoque pas de réactions secondaires
- ▶ présente un large éventail d'activités  
AMIBIASES SUBAIGUËS ou CHRONIQUES  
LAMBLIASES — BALANTIDIASES  
TRICHOMONASES INTESTINALES — PIAN

TORAUDE

Sont justiciables du traitement par les anti-histaminiques les sujets présentant :

- 1° Une poussée douloureuse colitique, parasitaire ou non;
- 2° Ce traitement est utilisé d'une façon transitoire en attendant les effets d'une thérapeutique étiologique;
- 3° Dans les périodes intercalaires, nous recourons aux thérapeutiques classiques (BISMUTH, belladonne, etc...);
- 4° Dans tous les cas, seul un traitement étiologique peut permettre d'obtenir un résultat durable:

En somme, si cette thérapeutique n'a qu'un effet transitoire, elle n'en est pas moins fort utile et permet de passer une période douloureuse.

#### MODE D'ACTION

Pour essayer de le comprendre, nous devons rappeler nos expériences sur le choc histaminique. C'est là une action pharmacologique, anti-histaminique qui agit. Le résultat transitoire nous laisse penser qu'il s'agit d'une sensibilisation due au parasite lui-même et tant que celui-ci n'a pas été éliminé la colite revient. C'est pourquoi il faut différencier cette action sur la colite de l'effet curatif de la gastrite par le traitement anti-histaminique. Peut-être ces corps agissent-ils également par leur action sur l'hypervascularisation locale ? C'est probable, mais ce n'est pas tout. Nous rapprochons également de cette action l'effet thérapeutique de certaines cures thermales qui n'ont pas d'action intestinale à proprement parler, comme Vichy, mais qui donne des résultats thérapeutiques incontestables dans les colites parasitaires. Il est possible que ces eaux agissent par leur action anti-anaphylactisante.

*Conclusion* : De toutes façons, c'est là une thérapeutique facile, sûrement efficace, peut-être transitoirement, mais utile dont l'administration est facile et parfaitement tolérée. De tels essais mériteraient d'être repris sur un grand nombre de cas, chez les petits colitiques .

**MUCINUM**  
LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

## Trois aspects atypiques du Cancer du poumon

par J.-J. PAVIOT et H. LEFÈVRE



Le cancer des bronches n'est pas toujours d'un diagnostic évident et s'écarte bien souvent du schéma classique. Il faut savoir le rechercher derrière des aspects cliniques et radiologiques trompeurs.

En un temps où cette affection devient terriblement fréquente, nous croyons qu'il est bon d'insister auprès des praticiens sur certains tableaux particulièrement inattendus que l'on peut relever en pneumologie.

### O B S E R V A T I O N I.

Mohamed ... est envoyé du Kef dans le service du Docteur FOURATI pour adénopathies cervicales datant de six mois. C'est un jeune homme de 25 ans, en très bonne santé apparente, porteur de plusieurs ganglions volumineux, indurés, assez mobiles. Ils occupent le creux sus-claviculaire et la partie inférieure de la chaîne jugulo-carotidienne.

La biopsie est d'emblée pratiquée. Elle donne le résultat suivant : « métastase massive; infiltration diffuse par les boyaux d'un épithélioma pavimenteux épidermoïde ».

L'examen ORL permet d'éliminer une néoformation des voies respiratoires supérieures et met en évidence une paralysie récurrentielle gauche. Lorsque le malade nous est transféré pour la recherche du cancer primitif l'on a déjà procédé au transit œsophage-digestif et à un toucher rectal qui n'ont relevé aucune anomalie. L'origine de ce KC est d'autant plus mystérieuse que la radiographie thoracique montre en fait un parenchyme clair des deux côtés. Il y a cependant à la base gauche un léger épanchement formé d'un liquide légèrement ambré contenant des cellules lymphoïdes et des cellules pleurales.

L'aspect anormal du cœur pouvant être attribué à un RM que révèle l'auscultation, c'est l'examen dynamique du poumon qui nous donnera la clef du diagnostic. L'auscultation pulmonaire, en effet, fait ressortir à gauche le contraste d'une sonorité conservée avec une diminution considérable du murmure respiratoire. La radioscopie démontre un balancement respiratoire du médiastin à type HOLZNECK-JACOBSON : refoulement expiratoire du médiastin et du cœur qui extériorise le trouble du transit bronchique.

Il s'agit donc bien d'un emphysème obstructif du poumon gauche, mais la lésion causale n'est pas visible. Sur cette donnée est pratiquée une bronchoscopie qui confirme bien une sténose de la bronche gau-



*le ferment vivant*

# VIVACIDOL

**RÉGÈNÈRE** *la flore de défense*  
et  
**NORMALISE** *le milieu intestinal*

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquinet - BOULOGNE (Seine)

A.T.C.P.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros — TUNIS — Tél. 282.090

che. Mais ce que l'on voit de cette obstruction est une muqueuse saine, aux plis radiés, se dirigeant vers un orifice punctiforme indilatable. L'on pense à une sténose extrinsèque et la biopsie ne ramène qu'un fragment minuscule. Aussi est-on surpris lorsque l'anatomo-pathologiste répond : « tissu fibreux, infiltré de travées de cellules épithéliales présentant une ébauche de maturation cornée; épithélioma pavimenteux épidermoïde d'origine bronchique ».

\*  
\*\*

Cette observation a un intérêt diagnostique et nosologique.

Une adénopathie sus-claviculaire du jeune évoque Tuberculose, Hodgkin ou Sarcome ou tout autre chose en tous cas qu'une métastase d'épithélioma. L'on a eu des difficultés à orienter la recherche de la tumeur primitive. Se serait-on contenté du film pulmonaire, qu'elle aurait passé inaperçue. En effet, l'emphysème obstructif rend le poumon malade aussi clair que le poumon sain. De plus, refoulant dans le médiastin la tumeur hilare il la fait disparaître du champ pulmonaire. Dans ces conditions une ombre hilare déjà importante peut s'effacer complètement. Et c'est l'auscultation, et surtout le trouble de la dynamique respiratoire étudiée à l'écran qui met en évidence l'emphysème. On se trompera d'autant plus souvent que la sténose cancéreuse est en général d'emblée complète avec atelectasie et rarement, partielle avec valve en hyperpression (condition de l'emphysème).

Pour ce qui est de la nosologie du cancer pulmonaire, l'on notera plusieurs anomalies : l'excellence de l'état général, l'absence de tout symptôme pulmonaire, ni toux ni expectoration, ni hémoptysie. Mais surtout, il faut retenir l'âge particulièrement jeune. Ce n'est pas une rareté absolue puisque la statistique de LECŒUR portant sur 3.992 cas en cite 166 entre vingt et trente ans. C'est donc un caractère exceptionnel.

En somme, c'est la métastase ganglionnaire qui attire l'attention :

L'envahissement des ganglions périphériques signe d'habitude une évolution très tardive de ce cancer, encore est-il assez rare.

Mais nous n'avons pas trouvé dans la littérature de cas semblable permettant de décrire une véritable forme adénopathique d'un cancer latent du poumon.

## O B S E R V A T I O N II

G.... Moïse entre dans le service envoyé par le Dr FINZI avec le diagnostic de pneumothorax spontané.

C'est un sujet pléthorique âgé de plus de cinquante ans qui présente une dyspnée violente avec cyanose. L'interrogatoire est impos

**NEURINASE**  
SOLUTION . COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES  
*amorce le sommeil naturel*  
VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

**ALEPSAL**  
COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES  
PHÉNOBARBITAL . BELLADONE STABILISÉE . CAFÉINE  
10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1½ Cg. DYSTONIES  
*simple, sûr, sans danger*

*Nouvelle Forme: Suppositoires*

*Remboursés Sécurité Sociale*

**LAB. GÉNÉVRIER**  
45, Rue Michells  
NEUILLY-PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS

**DORMIR ET TRAVAILLER  
AU MILIEU DES BRUITS**

# Boules QUIES

**EVITER LES OTITES  
EN NAGEANT**

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV.

ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL



sible vu le psychisme particulièrement fruste. Il semble néanmoins que les premiers signes d'essoufflement remontent à un mois.

L'examen donne en effet tous les signes d'un pneumothorax spontané droit en hyperpression. La radiographie montre un poumon applati en galette contre le médiastin. Il n'y a pas ce syndrome infectieux, pas d'épanchement, pas d'émission bacillaires qui puissent nous orienter vers une cause. Aussi se contente-t-on de pratiquer un traitement symptomatique qui vise à la décompression et sur lequel nous insistons quelque peu :

A travers un trocart à paracenthèse est glissé dans le thorax un tube de fin diamètre du type sonde à perfusion veineuse. Ce tube plonge par son extrémité libre dans un bocal contenant quelques centimètres de hauteur d'eau. On réalise ainsi une valve sans contrepression qui permet la sortie de l'air intrapleurale.

Le résultat fonctionnel est immédiat. La dyspnée cède en douze heures. Dès le surlendemain, à la radioscopie, le lobe inférieur est en large réexpansion. Mais au cours du traitement le malade, hypomaniaque, arrachera son drain à plusieurs reprises. Si bien que le poumon déjà revenu une fois à la paroi dès le dixième jour du drainage filiforme ne s'y maintiendra pas. Et le cliché tiré alors montre un lobe supérieur encore très comprimé; néanmoins l'on peut y distinguer une opacité non homogène à maximum central et une cavité sous-corticale. L'on remarque aussi un nodule dense dans le poumon gauche.

La dyspnée ayant cédé l'on peut pratiquer une bronchoscopie :

Parésie de la corde vocale droite.

Carina attirée vers la droite.

Bronche souche droite : dès son entrée on remarque une sténose aux dépens de la face externe où apparaissent les bourgeons blanchâtres. Ces bourgeons se continuent plus bas obturant l'orifice lobaire supérieur et plus loin le segment intermédiaire.

La biopsie prouve l'existence d'une épithélioma bronchique.

Par la suite le poumon est resté à la paroi. Mais, malgré la radiothérapie l'on a vu grandir rapidement les images aussi bien du cancer primitif que de la métastase contro-latérale. La mort est survenue après deux mois d'évolution.

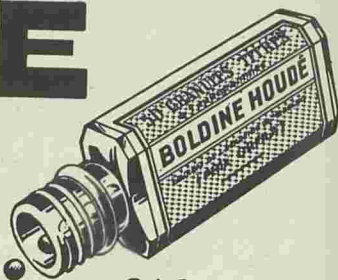
\*  
\*\*

Deux faits pathologiques sont à retenir de cette observation :

1° L'origine néoplasique d'un pneumothorax spontané s'explique par la perforation secondaire à l'emphysème obstructif dont témoignait l'endoscopie. Et cette perforation a dû se faire sur une bulle d'emphysème plus vraisemblablement que sur les cavités visibles au sommet car le PNT se serait alors infecté.

# BOLDINE HOUDÉ

GRANULES  
TITRÉS  
à 1 milligramme



3 à 6 par jour

LITHIASÉ  
BILIAIRE

CONGESTION DU FOIE

HYPERTROPHIE DU FOIE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE

# FOIE

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

## GRIPPE

### THERMALGINE VITAMINÉE C

12 cgr. de Vitamine C. }  
15 cgr. de quinine } par comprimé dragéifié

*Un ou deux comprimés 3 à 4 fois par jour*

LABORATOIRES NEOTHERAP, 83, Rue St-Charles — Paris-XV°

2° L'existence d'une métastase contro-latérale du cancer bronchique primitif. Cette métastase se présente sous la forme d'un noyau rond bien limité de densité moyenne. Cachée, sur le premier film, par la projection d'une côte, elle n'a pas attiré immédiatement l'attention. Mais plus tard c'est elle qui nous a mis sur la voie du diagnostic. L'anatomie pathologique enseigne (MARINO de Florence cité, par BROCARD et par GALY) que 30 % des cancers primitifs des bronches arrivant à l'autopsie ont métastasé dans le parenchyme du côté opposé; compte non tenu évidemment de l'envahissement ganglionnaire contro-latéral beaucoup plus fréquent.

Mais fort peu de ces métastases comportent une preuve radiologique du vivant, du malade, comme ce fut le cas dans notre observation. Il faut donc retenir que la découverte de lésions pulmonaires bilatérales, lorsqu'on suspecte une néoplasie, ne doit pas faire penser automatiquement à la nature secondaire de l'ensemble. Il peut fort bien s'agir de la métastase d'un cancer primitif bronchique.

### OBSERVATION III

Piz... Il s'agit d'un néoplasme bronchique découvert par dépistage radioscopique systématique, chez un sujet de cinquante ans, ouvrier dans une usine de conserves.

La radioscopie est normale le 12 février 1953. Au dépistage du 31 janvier 1955 l'attention est attirée par un très petit nodule gauche que fixera une radiographie tirée le lendemain. Nodule oblong de 1 cm x 2 cm situé en regard de la crosse aortique à mi-distance du hile à la clavicule. Ce nodule est d'autant plus difficile à voir qu'il ne s'extériorise qu'en légère oblique antérieure gauche. La vitesse de sédimentation globulaire est normale. L'on prend le malade sous surveillance mensuelle car l'état général et le poids demeurant inchangés on ne pense pas qu'une éviction soit nécessaire.

En mars, il n'y a pas de modification sensible de l'image. En avril, elle a grandi quelque peu; Mais la radioscopie n'ayant pas été pratiquée par le médecin habituel averti du cas, le sujet est laissé à ses occupations. C'est le 16 mai que nous revoyons le sujet. Trois mois et demi après le premier examen le nodule est devenu une tumeur très nette, grosse comme une noix verte. L'état général marque un fléchissement. Il y a un amaigrissement très net. Le tubage est négatif; mais par contre, la sédimentation très rapide à 35 mm nous incite au diagnostic de tumeur maligne. La broncoscopie montre en effet que l'orifice du rameau apical de la Bronche Lobaire Supérieure est rouge et sanglant. La biopsie est impossible.

Néanmoins l'exérèse du lobe est pratiquée dans les jours qui suivent : épithélioma bronchique.



# CALCIVITAM

**CALCIUM ASSIMILABLE**

par son association  
**CHLORURE de CALCIUM + VITAMINES**  
en ampoules buvables de goût agréable

Remboursé par la S.S.

**RÉCALCIFIANT**

**HÉMOSTATIQUE**

**ANTI-HÉMORRAGIQUE**



**LABORATOIRE  
FREYSSINGE**  
6, rue Abel - PARIS-12<sup>e</sup>

**BOITE DE 10 — COFFRET DE 20 AMPOULES**

Le malade est revu en septembre, trois mois après l'opération. Il a très bon aspect, la cavité thoracique est entièrement réhabilitée par un poumon sain. La vitesse de sédimentation est à 11 mm.

Mais en décembre, malgré l'amélioration de l'état général, le sujet ayant repris encore 2 kilos, on note un wheezing dont l'intensité gêne le malade. Ce bruit bronchique laisse à penser que la bronche souche est comprimée par une reprise évolutive de la tumeur. La broncoscopie est refusée.

\*  
\*\*

BARIÉTY d'une part, BROCARD d'autre part, estiment la proportion des cancers bronchiques découverts par la radioscopie systématique à un cas sur treize mille ou trente-trois mille sujets examinés.

Notre cas est donc une rareté. Mais il illustre les difficultés du diagnostic. En effet, par un retard d'un mois (avril-mai), nous avons transformé un dépistage vrai en dépistage apparent puisque accompagné de signes généraux et biologiques (amaigrissement, accélération de la sédimentation). Il aurait été possible d'arrêter le sujet dès le mois d'avril (deux mois et demi d'observation), mais alors l'endoscopie n'aurait sans doute rien montré et nous ne sommes pas outillés à Tunis pour la cytologie bronchique. L'on n'aurait probablement pas opéré sur une simple supposition. De plus, étant donné les difficultés que nous avons éprouvées à faire accepter les examens, puis l'opération à un stade tardif, il est à penser que nous n'aurions pas su être assez persuasif avant l'apparition des symptômes.

Cette observation, étagée dans le temps, nous paraît montrer que le cancer bronchique n'évolue pas par une augmentation régulière, mais bien qu'à l'instar d'autres néoplasies, il présente de véritables poussées évolutives. Cela expliquerait-il qu'après une exérèse faite cependant tôt l'on retrouve les signes d'une rechute presque immédiate ?

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

8 gammas

**Vitamine B<sub>12</sub>**

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 822.009



## Sur un cas particulier de Diabète insipide

par M. UZAN, A. COHEN-JONATHAN, S. HALFON et A. NATAF



L'observation du jeune Victor Z. suivi à la consultation de l'O.S.E. depuis 1947, nous a semblé intéressante à présenter au moins succinctement, pour les problèmes pathogéniques et thérapeutiques qu'elle a soulevés.

En voici un bref résumé :

Né en 1940, cet enfant suivait un développement quasi normal quand, en juin 1949, se développait une primo-infection caractérisée par une cuti-positive et, au point de vue radiologique, « une opacité non homogène para-hilaire droite et gauche, plus marquée à droite ». Il est aussitôt soumis à un traitement hygiéno-diététique banal et envoyé au préventorium de l'Ariana par la suite où il séjourne du début février 1952 à août 1953. Il en sort, guéri : état général amélioré, signes gangliopulmonaires disparus. Mais il s'installe dès lors une polyurie qui devient considérable imposant le 24 août le diagnostic de diabète insipide.

Nous le voyons pour la première fois le 21 novembre 1953, (il a 13 ans) sujet infantile, sans développement pileux; petits testicules. Poids : 36 kg, taille : 1 m. 36, légère pigmentation cutanée. Voix aiguë, infantile. Le développement intellectuel est cependant normal. La diurèse est à 8 lit., 800 : urine acide (pH = 5), très peu dense bien que d'aspect trouble, ne comportant par litre que 2 grs, 7 d'urée, 0, 08 d'acide urique, 1, 3 de chlorures, mais le total journalier de l'excrétion solide correspond bien au ingesta (urée 22 grs, 2 et chlorures 10 grs, 6 par 24 h.). La glycémie à jeun est de 0,87  $\frac{0}{100}$  et l'épreuve d'hyperglycémie provoquée (D<sup>rs</sup> COHEN et ZÉRAH) est strictement normale (1,12  $\frac{0}{100}$  à la 1<sup>re</sup> heure, 0,92 à la 2<sup>e</sup> heure).

La sédimentation globulaire est accélérée (19 à la 1<sup>re</sup> heure, 53 à la 2<sup>e</sup>, 117 à la 24<sup>e</sup>). Quelques jours auparavant elle avait été de 29 à la 1<sup>re</sup> heure avec un indice de Katz de 34.5.

Le Vernes-résorcine est normal, le B.W. négatif.

La radiographie de la selle turcique (D<sup>r</sup> ABITBOL) révèle seulement une selle turcique un peu petite, mais de forme régulière avec une petite calcification intrasellaire (21-12-53).

L'examen du fond de l'œil (D<sup>r</sup> BESNAINOU) montre « une papille rosée à bords nets avec une rétime périphérique normale : on note cependant un aspect turgescents des veines et artères sans que l'on puisse affirmer s'il s'agit d'un état vasculaire congénital normal ou d'une gêne circulatoire ».

Devant l'ensemble de ces renseignements, on ne peut se défendre de penser qu'il s'agit d'une lésion infundibulo-tubérienne et hypophysio-hypo-thalamique consécutive à une réaction basilaire ayant évolué à bas bruit. On installe aussitôt un traitement anti-bacillaire : streptomycine et isoniazide, puis isoniazide seul. On associe les prises nasa-

*préparation lyophilisée de*

# Trypsine

*à 0,250 g*

*Enzyme protéolytique  
et fibrinolytique  
d'origine pancréatique*

ADMINISTRATION :

EN AÉROSOLS

EN INJECTIONS INTRA-PLEURALES

OU EN APPLICATIONS EXTERNES

80-PC-15-651

FLACON DE 10 CM<sup>3</sup> = 250 MG.

NE PAS INJECTER PAR VOIE INTRAVEINEUSE



EDIT. PAUL VALLIER

SC Remboursé par la S.S. - Admis AMG et Coll.

laboratoire CHOAY 48, avenue Théophile Gautier, Paris 16'

86 C

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

les de post hypophyse que le malade utilisait déjà depuis août à une injection tous les 2 jours de post-hypophyse-polyvidone (10 U. chaque fois) et à la vitamine E (Ephynal).

Le 31-3-54 la V.S. est de 32 à la 1<sup>re</sup> heure et 66 à la 2<sup>e</sup>, l'examen du fond d'œil ne montre pas de gros changement. On essaie de réduire les prises de post-hypophyse.

Avec 2 prises quotidiennes on note le 21-3-54 une diurèse à 1 l et demi; avec une prise le 1-4-54 celle-ci remonte à 5,500 l; en diminuant encore le dosage à une demi-prise puis à 0, on observe des diurèses respectives de 7,500 et 8 litres (2 et 3 mai 1954). On revient donc à 2 prises quotidiennes. On continue le rimifon à raison de 4 comprimés pro die. D'autre part, voulant essayer d'améliorer au moins indirectement les fonctions des tubuli-rénaux et nous inspirant des nombreux travaux italiens indiquant la vitamine B<sub>6</sub>, nous prescrivons en outre 1 piqûre tous les 2 jours de Béflavine.

Entre temps, une nouvelle scopie pulmonaire nous donne une image normale. La vitesse de sédimentation reste accélérée 28 à la 1<sup>re</sup> heure, 80 à la 2<sup>e</sup> heure.

Cependant après 120 comprimés de rimifon, notre malade s'est bien amélioré. Avec une seule prise par jour de post-hypophyse, sa diurèse tend à se maintenir entre 2 l, 500 et 3 litres. On persévère dans le traitement pour n'arrêter l'isoniazide qu'en février 1955. On est d'autre part, heureux de constater l'amélioration de l'état infantile, la voix muant, et surtout les caractères sexuels secondaires apparaissant enfin et avec une certaine hâte.

Le 7-2-55, on suspend tout traitement en ne laissant subsister que la prise nasale quotidienne de post-hypophyse.

Malheureusement, la diurèse devait insensiblement s'accroître avec cette dose réduite pour nous obliger le 1-4-55 à revenir au rythme de 2 prises par jour, qui semble devoir être la dose optima.

En octobre, nouveaux examens : urines normales, glycémie 0,99, scopie pulmonaire négative, pas d'événements nouveaux sauf l'installation d'une puberté de plus en plus normale d'aspect.

Devant la nécessité de maintenir le traitement post-hypophysaire nous nous demandons si le traitement préconisé récemment par H. BACHMANN par le Benemide (qui aurait abaissé la diurèse dans 2 cas de 12 à 15 l à 1,5 à 3 l, 5 par jour), ne pourrait pas nous aider un peu.

Voici les résultats, malheureusement négatifs, de nos expériences avec A. NATAF : après arrêt de tout traitement :

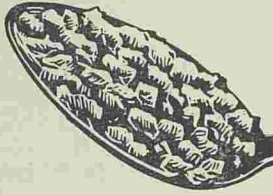
Date	Traitement	Diurèse des 24 h.
20-11-55 .. . . .	2 prises post-hypophyse	6 l, 25
21-11-55 .. . . .	»	5,25
22-11-55 .. . . .	»	3,50
23-11-55 .. . . .	2 prises post-hypophyse + 1 gr Benemid	3,00
24-11-55 .. . . .	1 » » + 1 gr Benemid	6,00
25-11-55 .. . . .	0 » » mais 1 gr Benemid	10,50
26-11-55 .. . . .	0 » » 1 gr Benemid	9,50
27-11-55 .. . . .	0 » » 1 gr Benemid	10,00



**NOUVEAU!**

**L'association  
VERRULYSE-METHIONINE**

★  
véritable aliment magnésien  
facilite l'anabolisme  
cellulaire et fait disparaître les  
verrues, symptôme banal de  
**DEMINERALISATION**



**GRANULÉS**

*parfumés  
à la framboise*

★

**POSOLOGIE**

*une à deux cuillerées  
à café par jour*

ÉCHANTILLONS ET  
LITTÉRATURE SUR DEMANDE

*Remboursé par la  
Sécurité Sociale*



**Verrulyse**

**méthionine**

Ed. PUBLIREX

**LABORATOIRES FLUXINE** - Villefranche (Rhône) - FRANCE  
**TUNISIE** : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai, TUNIS

On remet alors le malade à 2 prises de post-hypophyse quotidiennes et la diurèse revient aussitôt à 3,500 par jour et s'y maintient.

La malade a quitté Tunis, il y a quelques semaines.

*Commentaires.* — Certains examens manquent évidemment. En particulier, il n'y a pas eu de ponction lombaire refusée par la famille. D'autre part, nous n'avons pas trop essayé de forcer la volonté des parents en vue de pratiquer une encéphalographie gazeuse car nous connaissions un cas analogue à celui décrit par BRADLEY en 1937, où l'E.G. a été suivie de l'installation d'un diabète sucré, occurrence malheureusement déjà trop fréquente spontanément chez les diabétiques insipides.

L'intérêt de cette observation, pour incomplète qu'elle soit, réside dans le fait qu'elle montre chez un enfant d'une famille indemne de troubles endocriniens, un diabète insipide survenant après une primo-infection. Elle se rapproche par bien des côtés de celles récemment publiées par Eglé INGLESSI (1) (d'Athènes) et permet d'attirer une fois de plus l'attention sur l'importance des déterminations neuro-endocriniennes dans les séquelles des infections bacillaires primitives de l'enfance. Elle apporte, par ailleurs, l'écho d'un échec concernant le traitement préconisé par BACHMANN (2) du diabète insipide par le benemid.

(1) E. INGLESSI : Arch. Fses de Pédiatrie, t. II, N° 6 (1954), p. 621.

(2) H. BACHMANN : Klin. Wchnschr., t. 32 (1-9-1954), p. 783.

# CALCIBRONAT

ASSOCIATION SYNERGIQUE

BROMO - CALCIQUE



**Nervosité et Agitation - Convulsions**

**Terreurs Nocturnes - Spasmophilie**

**Incontinence nocturne d'urine,**

**etc..**

SIROP

COMPRIMES EFFERVESCENTS

AMPOULES DE 5 ET 10 CM<sup>3</sup>

GRANULES

LABORATOIRES SANDOZ S. A. R. L. - 6, RUE DE PENTHIÈVRE. PARIS-8<sup>e</sup>

DEPOSITAIRE GENERAL :

C. S. P — 10, Rue Am ilcar - TUNIS

# SEDOL SUPPOSEDOL

*Sédatif*

*Analgésique*

*Hypnotique*

*Pré-Anesthésique*



Paris

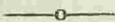
AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet



## Symptômes physiques masquant une maladie nerveuse ou psychique

par R. BENON (de Saumur)

*Ex-Médecin du Quartier des maladies mentales  
de l'Hospice général de Nantes*



M. le Professeur HAGUENEAU, dans un article récent (1), attire l'attention sur les « syndromes fonctionnels masquant les maladies organiques ». Il présente divers cas de sclérose en plaques, de mal de Pott, de tumeur cérébrale, d'épilepsie, d'artérite des membres inférieurs, de tuberculose pulmonaire qui furent considérés comme des maladies fonctionnelles. Il insiste à juste titre sur le « gros danger » qu'il y a de porter le diagnostic de maladie fonctionnelle chez des sujets âgés. Nul doute en vérité !

Mais on fera remarquer que maintes fois, le diagnostic de maladie organique est fixé alors qu'il s'agit de névrose ou de psychose : la dominante physique, en apparence, masque le fonctionnel. Presque toujours c'est l'asthénie dynamique qui explique l'erreur commise. M. J.L. LAFON (2) a signalé avec raison que chaque jour, plus de la moitié des consultants de médecine générale étaient affectés d'asthénie. C'est en effet, certainement, l'asthénie qui crée le plus de difficultés diagnostiques.

Rappelons brièvement les symptômes de l'asthénie et voyons quelles discussions elle doit entraîner. L'asthénie est toujours musculaire et intellectuelle. L'asthénie musculaire est accusée d'emblée (faiblesse générale, fatigabilité rapide à l'ouvrage, fatigue sans cause précise); l'autre, l'asthénie intellectuelle doit être recherchée; elle manque, peut-être, parfois; la lenteur des opérations mentales, le vide dans la tête, etc... sont plus ou moins bien exprimés par le patient.

Les asthéniques vont consulter pour troubles gastriques, troubles intestinaux, troubles cardiaques, troubles visuels, troubles auditifs, d'autres pour céphalées, rachialgie, douleurs variées, impuissance, crises nerveuses, etc...

*Troubles gastriques.* — Un certain nombre d'asthéniques se plaignent spécialement et presque constamment de lourdeur, de pesanteur d'estomac, de lenteur, de difficulté des digestions. Dyspepsie atonique. Rien de net à la radiographie. Il existe aussi une épigastrie d'origine émotionnelle, par anxiété, par tristesse, par énervement-contrariétés. L'attention des chirurgiens est attirée sur tels cas. Nécessité de l'avis d'un spécialiste.

(1) Hagueneau l'Hopital, 1555 mars, (2) J. L. Lafon, Presse méd., 1947, 5 nov.

**NOUVEAU**

# ALGÉSAL-DRAGÉES

SALICYLATE DE DIÉTHYLAMINE

SALICYLÉMIE PRÉCOCE, ÉLEVÉE ET DURABLE  
ACTION ANTI-INFLAMMATOIRE RAPIDE  
STABILITÉ D'ÉQUILIBRE IONIQUE  
EFFET ANTALGIQUE IMMÉDIAT



**TRAITEMENT  
PÉRORAL  
DU  
RHUMATISME**

Stimule l'axe  
hypophyso - surrénalien  
sans déprimer les surrénales

Tolérance parfaite

Tube de 50 dragées  
glutinisées à 0,50 g.  
4 à 16 dragées par jour

**LATÉMA**

**LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE**

A HARVEY &

31, RUE DE LISBONNE, PARIS-8<sup>e</sup>

**REPRÉSENTANTS AUX COLONIES**

**ALGÉRIE** : Société PELASMEX, 8, Rue Ampère, ALGER

**MAROC** : P. PELISSARD, 16, Rue Dumont d'Urville  
CASABLANCA

**TUNISIE** : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage  
du 7-Mai TUNIS

*Troubles intestinaux.* — La constipation opiniâtre, les alternatives de diarrhée et de constipation, par asthénie intestinale ne sont pas exceptionnelles dans l'asthénie chronique, et sans entéro-colite.

*Troubles cardiaques.* — La bradycardie ne s'observe guère que dans les cas de stupeur (asthénie dans sa forme la plus marquée). Plus souvent, le pouls est petit et rapide (tachycardie).

*Troubles de la vue.* — Nombreux sont les asthéniques qui vont consulter pour des troubles subjectifs de la vue. Autrefois, on a parlé beaucoup d'asthénopie-accommodative.

*Troubles auditifs.* — Les bourdonnements d'oreilles quotidiens, plus ou moins intenses, sont rares chez les asthéniques. Ils peuvent l'obséder et finir par l'inquiéter vivement.

*Étourdissements.* — Fréquents, plus ou moins répétés à des intervalles de un ou plusieurs jours, ou davantage, ils ne sont pas, chez l'asthénique, des vertiges (jamais de chute).

*Céphalée.* — La céphalée a été considérée pendant longtemps comme un symptôme capital de la neurasthénie (épuisement nerveux général), notamment par Jean-Martin CHARCOT, et elle l'est encore par quelques neurologistes belges et français. Elle est bien caractérisée chez les asthéniques volontaires qui refusent de se mettre au repos, qui luttent contre leur misère. Le diagnostic de céphalée est délicat; elle ne peut être rattachée à l'asthénie que lorsque celle-ci est clairement musculaire et intellectuelle, et cela n'est pas toujours évident dès le premier examen. Elle est alors occipitale plus souvent que frontale.

*Rachialgie.* — La rachialgie est bien moins commune que la céphalée chez les asthéniques. On ne parle plus aujourd'hui, suivant les cas, de myélasthénie et de cérébrasthénie.

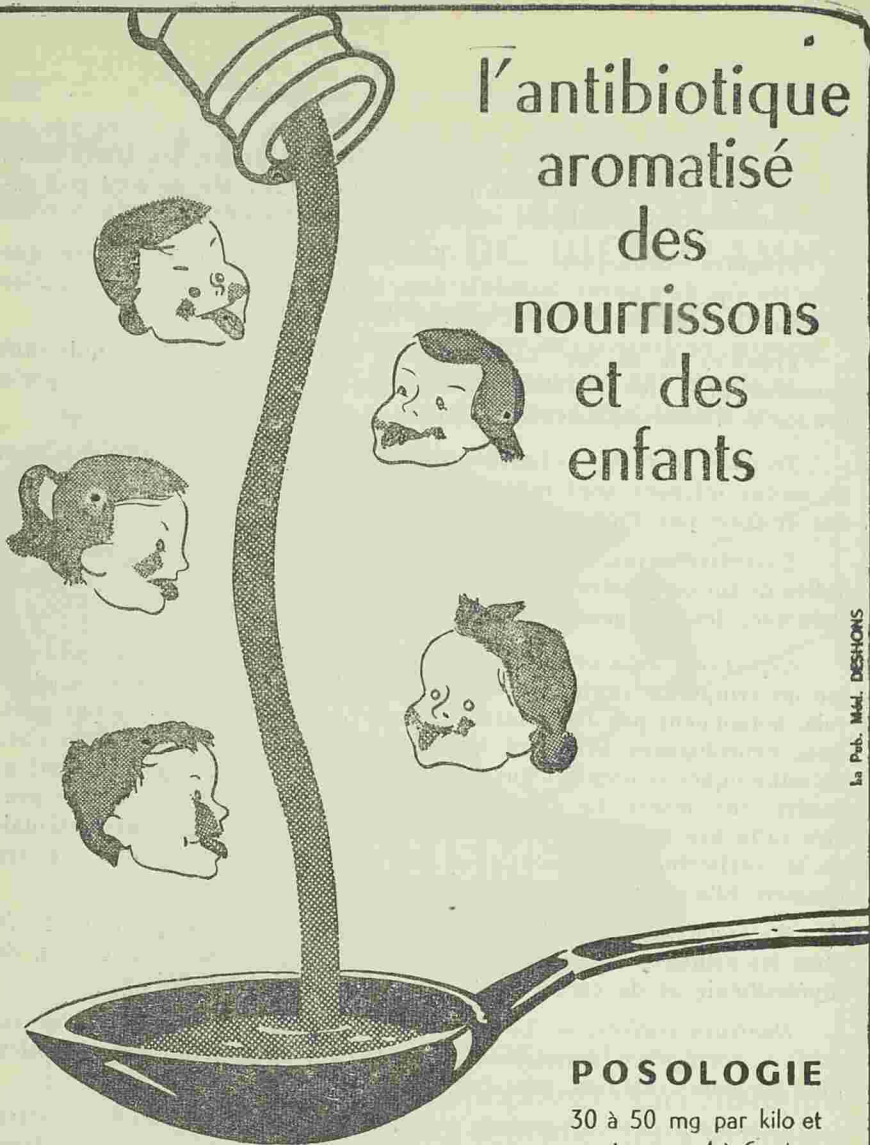
*Douleurs variées.* — Le diagnostic de douleurs rhumatismales est parfois porté chez les asthéniques chroniques fonctionnels. Mobiles, plus ou moins intenses, elles font méconnaître la névrose.

*Impuissance.* — L'asthénie génitale est tantôt totale, tantôt partielle. L'appétit des rapports sexuels est d'ordinaire conservé, mais érection avec éjaculation précoce ou érection avec flaccidité rapide. Symptôme souvent significatif dans l'asthénie durable ou chronique; l'état émotionnel créé fait errer l'observateur.

*Crises nerveuses.* — Les crises émotionnelles à base d'énervement (crises hystériques vraies, typiques non simulées, avec effondrement, non pas avec chute brutale), ne sont point rares dans l'asthénie chronique dynamique de l'adulte. Le patient voit la pauvreté de son existence; il constate l'impossibilité dans laquelle il se trouve de travailler régulièrement, de gagner sa vie et celle de sa famille; il souffre d'angoisse, d'ennui, s'allonge ou s'écroule à terre et présente une crise hystérique. Lorsque le médecin doute de la maladie, les crises peuvent aug-



l'antibiotique  
aromatisé  
des  
nourrissons  
et des  
enfants



La Pub. Méd. DESHONS

**POSOLOGIE**

30 à 50 mg par kilo et  
par jour, en 4 à 6 prises

**SUSPENSION d'**  
**ERYTHROCINE**

(Sirop aromatisé de Stéarate d'Erythromycine Abbott)  
à 20 mgr cm<sup>3</sup> - Flacon de 60 cc.

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES** *Abbott*  
44, RUE BEAUMARCHAIS, MONTREUIL-SOUS-BOIS (SEINE) — TÉLÉPHONE: AVRON 47-77

TUNISIE — J. BERREBBI, 81, Avenue de Londres — TUNIS

menter de nombre, non pas de forme. L'asthénie chronique avec crises nerveuses émotionnelles afflictives est plus rare chez l'adolescent que chez l'adulte. Les convulsions cloniques sont à base d'énervement. Elles n'ont rien d'érotique.

*Alcoolisme.* — Il arrive qu'un asthénique chronique, à la ville ou à la campagne, se livre à des excès de boissons afin d'accomplir sa tâche trop lourde. Aggravation typique. Il importe de ne pas passer à côté de la maladie vraie.

*Pseudo-paralysie générale.* — Peut-être faut-il décrire encore une forme pseudo-paralytique de l'asthénie chronique, forme avec tremblement des extrémités, tremblement des lèvres et de la langue, dysarthrie, inégalité pupillaire sans Argyll, mais cause toxique ou infectieuse presque toujours. Pas de syphilis.

*Maladie organique.* — Il existe des maladies organiques qui s'accompagnent d'asthénie chronique. Elles sont aisées à reconnaître. Exemples : cancer, néphrite, maladie d'Addison, lésion cérébrale, etc...

#### REMARQUES

La difficulté du diagnostic des maladies organiques et des maladies dites fonctionnelles exige la collaboration médicale, tout spécialement en chirurgie (névroses ou psychoses prises pour des affections somatiques : on s'en aperçoit assez souvent). En médecine générale aussi, la connaissance de l'asthénie nerveuse est très importante : la thérapeutique en dépend.

#### RESUME

Il existe des syndromes fonctionnels qui, sans aucun doute, masquent des maladies certainement organiques. Mais aussi il existe des symptômes en apparence organiques qui voilent des névroses ou des psychoses en évolution. La fréquence de l'asthénie musculaire et intellectuelle, souvent méconnue à cause de ses signes très divers, le prouve chaque jour avec grande évidence. L'heure de la collaboration médicale est venue : elle ne tardera pas à être totalement réalisée.



## ASTHÉNIES POST-INFECTIEUSES; CONVALESCENCES

**Retour  
à l'intégrité  
physiologique**

**par les cures associées  
hormono-vitaminiques**



**Syncortyl**  
**Glosso-Syncortyl**  
Acétate de  
désoxycorticostérone

**Stérandryl**  
Propionate  
de testostérone

**Glosso-Stérandryl**  
Méthyl-testostérone

**Métandiol**  
Dipropionate  
de méthyl  
androstènediol

**Docémine**  
Vitamine B<sub>12</sub>

**Tétravit B Fort**  
**Roussel**  
Complexe vitaminique B

**Stérogyl 15**  
Vitamine D<sub>2</sub>



### LES LABORATOIRES ROUSSEL

140<sup>bis</sup>, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)

**ALGER** : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.

**TUNIS** : O.S.P., 10, rue Amilcar.

**CASABLANCA** : Sté Maroc des Lab ROUSSEL, 48, rue Nationale.

**SAIGON** : Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.

**AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE** : Adresser les demandes aux  
Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)



## Société de Médecine de Paris

SEANCE DU 23 FEVRIER 1956

*Communications :*

*Crise mortelle d'angine de poitrine de deux malades atteints de névrose d'angoisse, par DUBOIS.*

Après avoir rappelé les conceptions des physiologistes contemporains sur le rôle du système neuro-végétatif dans la pathogénie de l'athérosclérose et l'importance de plus en plus grande attribuée à la neurotomie dans la genèse des crises d'angor coronarien, J.-C. DUBOIS montre que la succession de réactions en chaîne, qui, de l'émotion, conduit, par l'intermédiaire de spasmes artériolaires répétés, à l'athérosclérose, est susceptible d'être un moyen de passage de l'angoisse à l'angor. Hypothèse dont la valeur dépend d'une confirmation clinique. Celle-ci est rare : l'auteur a observé un très grand nombre de dystoniques neurovégétatifs qui n'ont jamais eu d'accès angineux. Cependant, il a suivi deux malades chez qui ont évolué pendant longtemps des manifestations anxieuses qui ont donné naissance d'abord à des poussées tensionnelles passagères, puis à une hypertension artérielle permanente et qui son morts brusquement au cours d'un accès d'angor coronarien que rien n'avait jusqu'alors fait pressentir. Il estime que ces deux observations, par la netteté de leurs étapes évolutives, apportent une contribution clinique à la théorie neurogène de l'athérosclérose et révèlent l'existence possible de formes de passage de l'angoisse à l'angor.

*Le miel déprotéiné novocaïné injectable dans le traitement des névrodermites des prurits anaux-génitaux et dans l'ensemble de tous les prurits localisés, par MARCERON.*

L'auteur employant une solution de novocaïne à 1 % dans du miel déprotéiné à 20 %, fait des injections sous les éléments lichénifiés et très prurigineux. Il obtient ainsi dans tous les prurits localisés y compris les prurits ano-vulvaires des résultats plus constants et plus tenaces que ceux qu'il obtenait avec la simple solution de novocaïne à 1 %.

*Présentation de quelques radiographies du cancer de l'utérus, NEL.*

*Le lever précoce ou la phlébite à domicile, J. MILLOT.*

L'auteur considère que le fait du lever précoce n'a pas diminué beaucoup la fréquence réelle de la maladie Tromboembolique; que les Médecins sont appelés à voir au domicile des maladies. Les chirurgiens et les accoucheurs restent souvent dans l'ignorance de cette complication, ce qui peut fausser leurs statistiques.



# PÉNICILLINE - B 12 DELAGRANGE

**RETARDS DE CROISSANCE**

*HYPOTROPHIE des prématurés,  
débiles,  
anorexiques,  
convalescents.*

1 comprimé par jour

**MAIGREURS**

*TROUBLES de l'ASSIMILATION  
de l'ADULTE*

2 comprimés par jour

LABORATOIRES  
**DELAGRANGE**  
39, Bd de Latour-Maubourg  
PARIS 7<sup>e</sup>

## Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

—o—  
SEANCE DU 15 FEVRIER 1956  
—o—

**Sur un cas de barytose professionnelle**, par MM. P. MICHAUX et J. THIODET.

Les auteurs présentent les téléthorax d'un ouvrier musulman de 25 ans, exposé depuis cinq ans à l'inhalation massive de poussières de baryte, au poste de mise en sac du minerai à la sortie du concasseur. Une image de miliaire pulmonaire est constituée par une répartition bilatérale et symétrique de micronodules très serrés ayant pour la plupart la taille d'une tête d'épingle. Ce tatouage pulmonaire ne s'accompagnait d'aucun signe fonctionnel ni physique respiratoire et les épreuves fonctionnelles pulmonaires ont donné des résultats normaux. Seule l'anorexie très importante au cours du travail est un signe intéressant à signaler. Il s'agit donc bien d'une pneumoconiose non sclérogène bénigne comme l'ont signalé les auteurs italiens et américains.

**Echec de la Sanamycine dans quelques cas de cancer primitif du poumon**, par MM. J. LOUBEYRE, Mlle E. FARKAS, P. GRANGAUD, Mlle de PERRETTI et P. JOVER.

Les auteurs retiennent cinq observations de cancer primitif du poumon traités de façon prolongée par la Sanamycine et constatent l'absence d'une action décisive sur l'évolution du processus tumoral. Les A. apprécient cependant une réduction considérable des manifestations congestives péri-tumorales qui peut être un appoint dans la préparation à un acte chirurgical ou à la radiothérapie.

SEANCE DU 1<sup>er</sup> MARS 1956

**Action de divers facteurs sur le leucogramme du rat blanc et du magot d'Algérie. Influence de l'acide folique et de la 6-Mercaptopurine sur la lignée blanche**, par R. KEHL, A. DOMENECH et Chr. GIROD.

I. — Rappel de résultats obtenus depuis 1947, et publiés dans les comptes-rendus de la Société de Biologie. Les données concernent des modifications du leucogramme dans diverses circonstances :

- 1) Au cours du cycle sexuel femelle et au moment de la parturition;
- 2) Après injection d'oestrogène chez le rat castré, castré et surrénalectomisé, castré et hypophysectomisé;
- 3) Par administration simultanée de folliculine et de progestérone;
- 4) Sous l'influence d'un conditionnement hypophyso-surrénalien analysé :

a) par surrénalectomie, notamment chez le singe;



*Le pansement de marche*

# ULCÉOPLAQUE

*du Docteur Maury*

## CICATRISÉ



- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.  
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.  
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, Ph<sup>1</sup>, 76, r. des Rondeaux - PARIS

# ROYAN

(Charente-Maritime)

**20 Plages - Sa Forêt**

*Locations — Ventes  
les plus belles villas de la côte*

Cabinet ROMAN - ROYAN - (Charente-Maritime)

b) par administration d'A. C. T. H., de cortisone ou de 11-déhydrocortisone.

II. — Exposé des données récentes, obtenues à l'aide de deux substances :

- 1) L'acide folique qui provoque, chez le rat et chez le singe, une leucocytose avec polynucléose;
- 2) Le purinéthol qui entraîne une leucopénie et une granulopénie.

**Remarques sur l'éosinophilie dite tropicale** (à propos de 6 nouvelles observations de fièvre éosinophilique essentielle), par MM. A. PORTIER, H. PIETRI et L. RUCKER.

Les auteurs rapportent six nouveaux cas de grande éosinophilie sanguine (8.000 à 25.000 gl. bl. avec éosinophilie de 25 à 63 %) avec fièvre au long cours, troubles hépato-digestifs et respiratoires. Toutes les recherches faites pour dépister une affection parasitaire ont été négatives. Malgré une évolution prolongée (de quelques semaines à plusieurs mois) l'affection est bénigne et la guérison complète a été obtenue dans tous les cas, le plus souvent après un traitement arsenical (Bémarsal ou Sulfarsénol), dont l'efficacité est parfois spectaculaire. Les caractères d'ensemble de ces hyperéosinophilies et l'influence favorable des médications arsenicales suggèrent un rapprochement entre ces faits et l'éosinophilie dite « tropicale ».

**A propos de 20 cas de tétanos ombilical observés à la Clinique Médicale Infantile pendant l'année 1955**, par Ch. SARROUY, F. GILLOT, J. CLAUSSE, E. DE PERRETTI et L. GATTO.

Les auteurs ont groupé dans une étude d'ensemble tous les cas de tétanos néonatal qu'ils ont pu observer au cours d'une même année. Cette étude porte sur 20 cas dont 4 ont été guéris.

Après avoir insisté sur certains aspects étiologiques et cliniques de l'affection, ils rapportent leur schéma de traitement. La sérothérapie est réalisée de façon massive et en une seule dose. L'omphalectomie trop dangereuse au début pourrait être remplacée par la simple infiltration locale d'antibiotiques. L'administration de Largactyl et de gardénal est indispensable au traitement des crises et il leur est associé, selon les cas, soit l'anesthésie par voie rectale, soit l'administration de curarisants par cette même voie. Les résultats ne semblent pas meilleurs dans l'un ou l'autre groupe de malades, mais vu le petit nombre de cas, il est sans doute trop tôt pour conclure de l'intérêt du curare.

La réalimentation est réalisée par l'intermédiaire d'une sonde duodénale qui reste à demeure par laquelle passent de façon continue des solutions d'hydrolysats de protéines. L'alimentation lactée n'est recommencée qu'après le troisième ou quatrième jour, en ayant recours au gavage si besoin est.

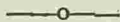
Les auteurs insistent sur l'état de débilité qui s'installe souvent chez les létanos néonataux guéris justifiant alors de longues hospitalisations.

**Hépatite épidémique et purpura thrombocytopénique**, par MM. A. HUGUENIN, A. ALBOU et G. AKOUN.

Les auteurs rapportent l'observation d'un ouvrier musulman de 30 ans ayant présenté un ictère épidémique et un purpura hémorragique d'évolution parallèle vers la guérison en quelques jours. On note un déficit en proconvertine, une plaquettopénie de 18.000 avec thromboagglutinines de type allergique. Sur le myélogramme, mégakariocytes immatures sans formation plaquettaire. Epreuves fonctionnelles perturbées et ponction-biopsie du foie caractéristique d'une hépatite épidémique dont plusieurs cas sont apparus dans l'entourage du malade. Comparaison avec les observations similaires de la littérature. Ils soulignent la rareté de la conjonction des deux syndromes et discutent l'origine virale du purpura ainsi que son mécanisme, atteinte mégakariocytaire ou périphérique.

**Angiomatose de Rendu-Osler à localisation linguale** — Présentation de malade par A. HUGUENIN, A. ALBOU et P. SUDAKA.

**Pneumo-Médiastin obtenu par Rétro-Pneumo-Péritoine chez une hypertendue.** — **Délimitation d'une Hypertrophie Ventriculaire gauche simulant une tumeur de l'Hypochondre gauche.** — Présentation de cli- chés par A. HUGUENIN, A. ALBOU et A. BLONDEAU.



SEANCE DU 14 MARS 1956

*Conférence d'Actualités*

**Le pronostic des cancers du sein**, par M. le Professeur PAOLI, Directeur du Centre Anti-Cancéreux de Marseille.

SEANCE DU 24 MARS 1956

**Cardiopathies, Electro-Chocs et Succinyl-Choline**, par MM. Maurice POROT et E. BISQUERRA.

L'emploi de l'anesthésie-curarisation à la succinyl-choline, les traitements cardiaques préventifs diminuent les risques de l'électro-choc chez les cardiopathes. On peut lever la contre-indication de principe excessive posée jusqu'ici par d'autres auteurs. Chaque cas particulier devra être étudié en mettant en balance d'une part les risques psychiatriques (suicide notamment) que l'abstention ferait courir au malade, et, d'autre part, les complications cardiaques à redouter éventuellement. Les contre-indications cardiaques à la pratique de l'électro-choc peuvent être considérées comme tout à fait exceptionnelles.



**Ostéochondromatose Synoviale Scapulo-Humérale droite,** par MM. A. HUGUENIN, J. SÉROR, A. ALBOU et P. SUDAKA.

Les auteurs présentent les clichés radiographiques d'un ouvrier musulman de 42 ans hospitalisé pour impotence fonctionnelle douloureuse de l'épaule droite datant de 20 jours après effort violent. Auparavant po. ' quotidien sur cette épaule de sacs de ciment. Image typique d'ostéochondromatose synoviale précisée par arthropneumographie et radiographies agrandies. Arthrotomie, ablation de centaines de calcifications et exérèse de la synoviale métaplasiée. Résultat fonctionnel satisfaisant. Discussion physio-pathologique.

**Tuberculose médiastinale lymphogène associée à des crises de tachycardie paroxystique et à une tuberculose trachéo-bronchique,** par M. J. LOUBEYRE, Mlle E. FARKAS, P. GRANGAUD et Mlle DE PERETTI

Observation d'une adolescente indigène négroïde qui, au cours d'une tuberculose vue à sa phase primo-secondaire et cantonnée aux ganglions médiastinaux avec atteinte trachéo-bronchique, médiastinite, sans aucune participation pulmonaire, fit sur un fond de tachycardie permanente des crises de tachycardie paroxystique. La porte d'entrée de l'infection bacillaire a été située au niveau du pharynx. Guérison de toutes les manifestations par un traitement antibiotique prolongé.

**Etude chromatographique des Acides aminés sanguins et urinaires dans certains états pathologiques. Première Note,** par MM. F. LAGROT, G. ANTOINE et G. CESAIRE.

Les auteurs rapportent les premiers résultats de chromatographie des acides aminés dans un état de misère physiologique, 2 cas de néphrite chronique, 2 cas d'infection chronique, l'une à bacille de Koch, l'autre à germes banaux. Chez les brûlés graves, les auteurs ont observé une hypoacidémie, aggravée par S.T.H., corrigée au contraire par A.C.T.H. Méthode d'avenir de champ d'investigation exceptionnellement vaste. Elle autorise la surveillance et le contrôle de l'action thérapeutique de certaines hormones.

**Paludisme et Asthme,** par M. G. ANTOINE.

L'auteur communique l'observation d'un homme de 55 ans présentant des crises d'asthme, sans fièvre, durant 12 heures environ, se reproduisant toutes les 48 heures. Traitement sans effet. A la 3<sup>e</sup> crise, présence sur étalement de sang de gamètes de *Plasmodium falciparum*. Guérison clinique et hématologique par anti-malariques de synthèse, puis quinine. Cette observation constitue, outre un exemple du polymorphisme clinique du paludisme, un argument en faveur de la théorie soutenue par Abrami et Sénevet, par Thiodet, pour qui la crise palustre est une modalité de choc colloïdclassique.

**INFORMATIONS :****5<sup>me</sup> Réunion de l'Association des Sociétés Européennes  
et Méditerranéennes de Gastro-Entérologie**— o —  
18 AU 21 JUILLET 1956 - LONDRES

Sous la présidence du D<sup>r</sup> Thomas HUNT, se tiendra ce Congrès dont les thèmes de discussion seront :

- 1) Colite ulcéreuse;
- 2) Aspects précancéreux du tube digestif;
- 3) Maladies non malignes de l'œsophage;
- 4) Communications.

*Secrétariat* : The London Hospital, Whitechapel, Londres E.I.

PRODUIT NOUVEAU  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

**LEVURE lyophilisée GALLIER**

(Licence Sarechio)

**ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES  
TROUBLES DIGESTIFS  
TROUBLES NUTRITIONNELS  
STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS**

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS

SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

**LIVRES REÇUS**

*Vaccination antipoliomyélitique — Revue préliminaire.* Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports Techniques, 1956, N° 101; 44 pages. Prix : Fr. s. 1.—; 1/9; \$ 0,30. Existe également en éditions anglaise et espagnole.

Dans le domaine de la santé publique, peu d'initiatives éveillent actuellement autant d'intérêt que la vaccination contre la poliomyélite.

Le passage rapide du stade des recherches au stade d'application du vaccin à la collectivité s'est accompagné de graves difficultés, presque inévitables d'ailleurs. Les accidents survenus au cours de l'essai entrepris en grand aux Etats-Unis d'Amérique pendant l'année 1955 ont suscité beaucoup de circonspection de la part des autorités sanitaires de nombreux pays et les campagnes de vaccination ont été brusquement interrompues.

En novembre 1955, l'Organisation Mondiale de la Santé a réuni à Stockholm un groupe d'éminents savants qu'elle a priés de passer en revue l'état présent de la vaccination antipoliomyélitique et de formuler quelques principes généraux à l'intention des services de santé publique. Les conclusions auxquelles sont parvenus ces spécialistes sont exposées dans un rapport technique de l'OMS; le sous-titre de cette publication précise qu'il s'agit là d'une « revue préliminaire ».

Après une brève introduction, le rapport décrit les constatations faites en matière de vaccination contre la poliomyélite dans plusieurs pays (Etats-Unis d'Amérique, Canada, Danemark, France, Allemagne, Union Sud-Africaine et Suède), d'après le résumé qu'en ont donné les membres du Groupe. Les problèmes de production du vaccin sont abordés par un examen détaillé des tests d'innocuité actuellement appliqués : contrôle de l'inactivation du virus, test final d'innocuité par culture sur tissu, test d'innocuité sur le singe et autres tests d'innocuité. Suivent deux chapitres consacrés l'un au choix des souches servant à la préparation du vaccin inactivé et l'autre aux tests d'antigénicité. Le rapport traite également des complications théoriques de la vaccination contre la poliomyélite, des vaccins à virus vivants — dont l'étude en est encore à la première phase de recherches expérimentales — et enfin des conceptions et techniques des enquêtes sérologiques envisagées sous l'angle de la vaccination antipoliomyélitique.

Dans le chapitre intitulé « Utilisation du vaccin inactivé pour la protection de la santé publique dans diverses circonstances épidémiologiques », les auteurs du rapport ont tenté de donner des réponses aux questions que se



# PAPAVERYL

Chlorhydrate de papavérine chimiquement pur

—○—  
**ANTISPASMODIQUE**

*Action élective sur la fibre musculaire lisse*

- 1° Boîte de 6 ampoules injectables à 0,04.  
2° Tube de 20 comprimés à 0,04.  
3° Boîte de 6 suppositoires à 0,04.

---

---

# SELAMON

Chlorure d'ammonium chimiquement pur

—○—  
Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)  
**ACIDIFIANT — DIURETIQUE — ANTI-ŒDÉMATEUX**  
*Traitement des alcaloses — Obésité*

—○—  
Boîte de 50 dragées glutinisées à 0 gr 50 de chlorure d'ammonium  
TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

---

---

## LUGOCALCION A LA VITAMINE C

AMPOULES BUVABLES DE 10 CM<sup>3</sup>

Chlorure de Calcium 500 mg  
Vitamine C . . . . . 500 mg      pour 1 ampoule

Anémie et toutes déficiences organiques

## LUGOCALCION

Sirop de Chlorure de Calcium  
délicieux au goût  
hémostatique

LABORATOIRES NOVALIS OULLINS (RHONE)

pose le médecin responsable de la santé publique, réponses que celui-ci doit connaître pour décider de recommander ou non la vaccination contre la poliomyélite en tant que mesure générale de santé publique. Les divers risques et avantages de la vaccination sont analysés et l'attention du lecteur est appelée sur les inconnues qu'elle comporte.

Le rapport proprement dit s'achève par un résumé des opinions du groupe sur l'utilisation courante du vaccin antipoliomyélique et par l'énumération des problèmes qui exigent de nouvelles recherches.

Des annexes techniques contiennent de brèves communications rédigées par des savants faisant autorité, sur les sujets suivants :

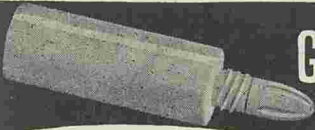
1° Tests d'antigénicité et d'activité du vaccin antipoliomyélique;

2° Choix des souches pour la préparation du vaccin antipoliomyélique inactivé;

3° Etat actuel des travaux sur la vaccination humaine au moyen de virus antipoliomyélique vivant atténué;

4° Etudes sur la vaccination antipoliomyélique humaine par virus vivant atténué.

Ce rapport répond à des préoccupations immédiates. Il présente l'avis autorisé d'un groupe de savants mondialement connus sur l'une des découvertes récentes les plus riches de promesses.



## GOUTTES O.R.L. CHIBRET

**BENZO-DODECINIUM**

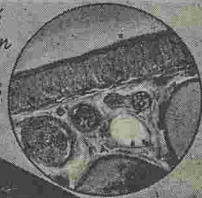
**CORTISONE**

**PROPIONATE DE SODIUM**

*Respectent l'activité  
ciliaire et la fonction  
secrétorie*

Leur action est  
immédiatement  
observable

LABORATOIRES  
**CHIBRET**  
CLERMONT-FR • PARIS



TUNISIE : Ets ZANA & COHEN-JONATHAN

14 bis, Rue Arago — TUNIS

**Pour tous vos imprimés**

---

CARTES DE VISITE

FAIRE - PART

ENTETES DE LETTRE

NOTES, ETC... ETC...

**ADRESSEZ-VOUS A**

**L'IMPRIMERIE**

---

**BASCONE & MUSCAT**

---

41, Avenue de Londres

Téléphone : 24.18.69

TUNIS

---

---

Imp. N. BASCONE & S. MUSCAT — 41, Avenue de Londres — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS





...comme

**V**itamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

*homologué et remboursé par la S.S.*

# VITAMINE B 12 ET FER (CITRATE)

FLACON DE 180 cc

Remboursés par la S. S.  
Admis : A.M.G. article 64

SOLUTÉ INJECTABLE DE

# VITAMINE B 12

1000  $\gamma$  (MILLE) par ampoule

*Labaz*

BOITE DE 1 AMP. DE 1 CC  
BOITE DE 10 AMP. DE 1 CC

SOUS LICENCE E. R. SQUIBB & SONS, NEW YORK  
TUNISIE : Ets NOTE, 61, Avenue Garros, Tél. 282.090 — TUNIS

# LA TUNISIE MEDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS DE  
\_\_\_\_\_ TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS \_\_\_\_\_

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

**DIGITALINE NATIVELLE**

LABORATOIRE NATIVELLE  
27, Rue de la Procession — Paris 15



# BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**

# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |  |                              |                        |
|--|------------------------------|------------------------|
| — Le Rédacteur en Chef .....   | D <sup>r</sup> M. UZAN       | } Comité<br>de lecture |
| — Le Rédacteur en Chef Adjoint .....                                 | D <sup>r</sup> J. CUÉNANT    |                        |
| — Le Président de la Société des Sciences Médicales .....            | D <sup>r</sup> R. LADJIMI    |                        |
| — Messieurs les .....  | D <sup>r</sup> H. BONAN      |                        |
|  | D <sup>r</sup> M. HADJOU DJ  |                        |
| — Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....           | D <sup>r</sup> G. BORSONI    |                        |
| — Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre .. . | D <sup>r</sup> G. VALENSI    |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien .....       | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens .. . . . | D <sup>r</sup> S. AMAR       |                        |

Administration : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247-255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.



# *Terramycine*\*

OXYTÉTRACYCLINE

## *en Dermatologie*

### VOIE LOCALE:

- Pommade dermique à 3 p. 100

### VOIE GÉNÉRALE:

- Dragées
- Intra-musculaire (solution aqueuse)

Sécurité Sociale — Collectivités — A.M.G.

\* Marque de fabrique de CHAS. PFIZER & Co, Inc.

*Pfizer*

**LABORATOIRES CLIN-COMAR** 20, RUE DES FOSSÉS-SI. JACQUES - PARIS - TÉL. ODÉON 27-20



## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> Partie)

<i>Société des Sciences médicales de Tunisie</i> . . . . .	319
<i>Pied de Madura</i> , par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT . . . . .	321
<i>Le traitement de la verrue plantaire par la Radiothérapie</i> , par M. le D <sup>r</sup> Félix MARUANI . . . . .	325
<i>Considérations cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à propos d'une observation de cancer de la grosse tubérosité</i> , par les D <sup>rs</sup> S. BENMUSSA, J. DEMIRLEAU et Jacqueline DA'OUUD . . . . .	329
<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie</i> . . . . .	333
<i>Le Saturnisme en Tunisie : Enquête médico-sociale parmi les ou- vriers d'une fonderie de plomb</i> , par les D <sup>rs</sup> BEN SASSI et André ZÉRAH . . . . .	335

# LOBAMINE - CHOLINE

## VITAMINÉE C et E

Nouvelle association **LIPOTROPE** et **HÉPATO-PROTECTRICE**  
de conception moderne.

Flacon de 60 comprimés dragéifiés (6 à 8 par jour).

Remboursable par la Sécurité Sociale.



**LABORATOIRES LOBICA · 25, RUE JASMIN · PARIS-16<sup>e</sup>**

TUNISIE · Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

*En milieu Thio-magnésien*

**IODE**  
et  
**HORMONE MALE**

2 comprimés par jour 15 jours par mois

Sénescence  
Athérosclérose  
Arthrose



**THIODÉRAZINE  
PERLINGUALE**  
à la méthyltestostérone

FORMULE : Méthyltestostérone : 5mg - Thiocarbamide (diamide sulfocarbonique) : 2 mg  
Iodazine M (di-iodométhylate de diméthyl pipérazine) : 40mg - Excipient magnésien :  
Q. S. P. 1 comprimé

Agents dépositaires : SOCIÉTÉ "SPÉCIMEDHY" 37, rue d'Isly, TUNIS

## SOMMAIRE (2<sup>me</sup> partie)

— 0 —

<i>Tachycardie ventriculaire et Pronœstyl</i> , par les D <sup>rs</sup> H. BONAN, A. CHARRAD, G. BORSONI et A. DAMÈLE . . . . .	393
<i>Société de Médecine de Paris</i> . . . . .	399
<i>Société Médicale des Hôpitaux d'Alger</i> . . . . .	401
<i>Communiqué : Le Club du Livre médical et pharmaceutique</i> . . . . .	403
<i>Livres reçus</i> . . . . .	405
<i>Vient de paraître</i> . . . . .	408

SPÉCIALITÉ NOUVELLE

# vicéine

**ADULTES COMPRIMÉS**

Acide acétylsalicylique . . . . .	0,40 g	pour un comprimé
Para-acéthylphénylidine . . . . .	0,20 g	
Citrate de phényl-1-amino-3-propane . . . . .	0,003 g	
Hydrate d'oxyde d'alumine . . . . .	0,10 g	
Acide ascorbique . . . . .	0,80 g	

**ENFANTS SUPPOSITOIRES**

Acide acétylsalicylique . . . . .	0,20 g	pour un suppositoire
Sulfate de quinine . . . . .	0,04 g	
Citrate de caféine . . . . .	0,02 g	

**Antalgique**  
**Antipyrétique**  
**Analeptique**  
*à la vitamine C*

Laboratoire **ROGER BELLON** Neuilly  
Paris

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille - TUNIS.



# fongéryl

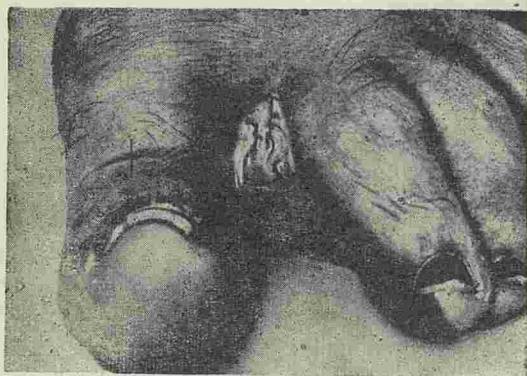
Lavril

liquide

remboursé S.S. et A.M.G.

poudre

pommade



**Fongicide \* bactéricide  
puissant et sûr**

**LAVRIL** 13 RUE PÉCLET • PARIS 15<sup>e</sup>

## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 9 MARS 1956

—0—

*Présentations de malades :*

*Agrandissement direct en radiographie,*  
par le D<sup>r</sup> F. MARUANI.

*Pied de Madura,*  
par le D<sup>r</sup> R. LADJIMI.

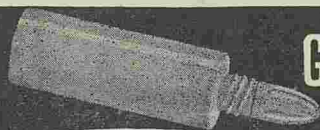
*Communications :*

*Traitement par radiothérapie de la verrue plantaire,*  
par le D<sup>r</sup> F. MARUANI.

*Cancer de la grosse tubérosité de l'estomac. Diagnostic et traitement à propos d'un cas,*  
par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, J. DEMIRLEAU et J. DAUD.

*Le Saturnisme en Tunisie - Enquête médico-sociale parmi les ouvriers d'une fonderie de plomb.*  
par les D<sup>rs</sup> M. SASSI et M. A. ZÉRAH.

*Cathétérisme intracardiaque - Intérêt diagnostique,*  
par les D<sup>rs</sup> H. BONAN et A. CHARRAD.

**GOUTTES O.R.L. CHIBRET**

**BENZO-DODECINIUM  
CORTISONE  
PROPIONATE DE SODIUM**

LABORATOIRES  
**CHIBRET**  
CLERMONT-FR\*PARIS

TUNISIE : Ets ZANA & COHEN-JONATHAN

24, Avenue de Lyon — TUNIS





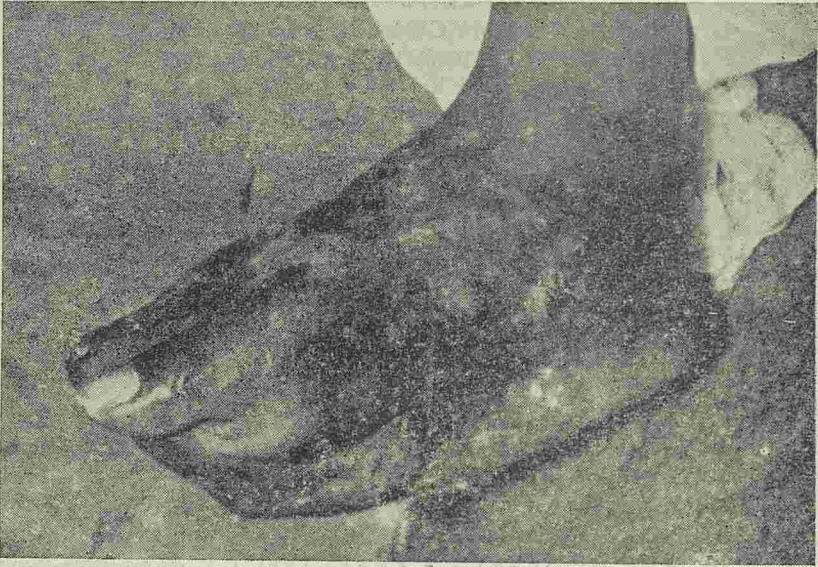
## PIED DE MADURA

par MM. R. LADJIMI et A. KHALFAT

*Présentation de malade.*

Djemaa ben Salem, âgé de 46 ans, vient de Djerba pour une tumeur inflammatoire fistulisée du pied droit datant de près de 6 ans.

C'est en 1950 que la première manifestation s'est produite sous la forme d'une nodosité kératosique plantaire que le malade considérait comme une verrue plantaire. Cette nodosité s'aggrandissait lentement, subissait des poussées inflammatoires et elle régressait sous l'influence de bains chauds, mais ne s'était pas encore fistulisée. Elle n'empêchait pas la marche pieds nus, et ne l'avait pas rendu impotent puisque jus qu'en 1952 il a pu continuer à travailler comme épicier, ce qui l'obligeait à rester debout toute la journée



C'est pendant le mois de Ramadan de 1952 que la maladie a pris brusquement ce caractère tumoral précédée de douleurs violentes au niveau des orteils.

L'enflure était plus considérable qu'elle ne l'est actuellement. Il est resté 15 jours complètement impotent ne pouvant pas marcher sur le pied droit.

*Un fongicide puissant  
de tolérance parfaite*

A BASE D'ACIDE UNDECYLIENIQUE

# MYCODÉCYL

POMMADE - POUDRE - SOLUTION



EPIDERMOMYCOSES DES ESPACES  
INTERDIGITAUX (MAINS ET PIEDS)  
ATHLETIC FOOT

EPIDERMOMYCOSES DES PLIS  
(AISSELLES, RÉGIONS INGUINALES, SEINS)  
INTERTRIGO

PRURIT ANAL D'ORIGINE MYCOSIQUE



## INDICATIONS SPÉCIALES DU MYCODÉCYL SOLUTION

PITYRIASIS VERSICOLOR - TEIGNES  
ONYCHOMYCOSES - MYCOSES VAGINALES  
MUGUET

T U B E  
DE 30 g.

FLACONS-POUDREURS  
DE 10 ET 50 g.

FLACON  
DE 45 cc.

98, RUE DE SÈVRES - PARIS (VII<sup>e</sup>)

**THERAPLIX**

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville

ALGER : 100, Rue Michelet



C'est sous l'influence des bains chauds et de la fistulisation que la tumeur a diminué de volume et que l'impotence a diminué aussi.

Depuis son pied est demeuré dans le même état et quand nous le voyons nous sommes en présence d'un pied énorme, enflé de tous les côtés, bosselé sur toutes ses faces par des nodosités brunâtres, surtout à la face plantaire. Ces nodosités sont par endroits fistulisées, laissant couler un pus séro-sanguinolent.

Cet aspect est plus visible sur la voûte plantaire qui a perdu sa concavité pour devenir convexe et bosselée montrant bien les nodules violacés.

A la pression on constate que ces nodules sont durs et indolores. Ils donnent au pied un aspect énorme, écartant les orteils.

Cette tumeur s'accompagne d'une adénopathie inguinale correspondante faite d'un gros ganglion dur et indolore de la taille d'une noix et surmonté de petits ganglions durs et indolores également.

Elle ne donne que très peu de douleurs spontanées, mais l'impotence est appréciable.

L'état général n'est pas touché. Il n'a pas de fièvre, l'appétit est bien conservé. Sa tension artérielle est de 14,9.

L'examen des urines est normal.

Un hémogramme est en cours ainsi qu'une azotémie et glycémie.

Cliniquement nous posons le diagnostic de Mycétome.

Le 16 février nous avons envoyé ce malade au Dr VERMEIL à l'Institut Pasteur pour un examen mycologique qui a montré une actinomycose à grains jaunes dont l'actinomycète est en cours d'étude.

Le 18 février nous pratiquons une biopsie au niveau de la face dorsale dont l'étude histologique faite par Mme GORDEEFF montre :

« Une lésion tout à fait typique à cavité abcédée centrée par un grain actinomycosique entouré d'une couronne leucocytaire, le tout bordé par un tissu de granulation ».

Les radiographies tant de face que de profil sont édifiantes. Elles montrent une atteinte totale du squelette osseux en voie de désagrégation.

**Traitement.** — Le malade a été mis à la streptomycine et à la pénicilline; il reçoit également de l'iodure de potassium.

Nous pensons faire des injections intra-veineuses de lugol et des solutions iodées localement.



**CALCIUM  
CORBIÈRE**  
**BUVABLE**  
*vitaminé*  
**C. D. P. P.**

2 FORMES

**"Normal"**

C. D. P. P.

**GROSSESSE  
ALLAITEMENT  
CROISSANCE  
ANOREXIE  
STRESS**

Boite 8 ampoules 10 cc.  
Coffret 24 ampoules 10 cc.

**"Fort"**

C 500.D.PP100 mg.

**dépressions  
du tonus  
SURMENAGE  
PHYSIQUE ET  
INTELLECTUEL**

Boite 16 ampoules 10 cc.

1 à 3 ampoules par jour

— REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE —

27, Rue des Renaudes, PARIS (XVII<sup>e</sup>)

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

## Le traitement de la verrue plantaire par la Radiothérapie

D<sup>r</sup> Félix MARUANI

La verrue plantaire est une verrue vulgaire, qui au lieu de pousser en surface, s'encastre dans la peau. Cet enchâtonnement dans la peau se produit sous la poussée du poids du corps, pendant la marche. Elle agit donc comme un corps étranger, risque de s'enflammer et devient rapidement douloureuse. La douleur restant son principal signe fonctionnel.

Apparemment, la verrue est recouverte d'une couche cornée plus ou moins épaisse; après raclage de cette dernière, on découvre une petite surface, lenticulaire, blanc-sale, ponctuée par deux ou trois petites taches noires. Le scalpel n'arrive pas à extirper la verrue et si on insistait, elle saignerait. De toute manière, la pression à ce nouveau est douloureuse.

Les sièges de prédilection sont le talon et l'avant-pied.

La verrue peut être solitaire, elle peut s'accompagner de nombreux satellites; on peut en observer plusieurs groupes sur un même pied, on peut, enfin, en découvrir aux deux pieds.

Le traitement de la verrue plantaire a beaucoup varié ces dernières années; à St Louis, mon maître RAVAUT, employait l'électro-coagulation après anesthésie locale, ce qui était la grande nouveauté de l'époque, FERRAND, préférait la curette tranchante; DELHERM à la Pitié était un fervent de l'effluation.

Si ces méthodes donnaient d'excellents résultats, elles avaient le grand défaut d'être douloureuses. Douloureuses à cause de l'anesthésie toujours difficile à pratiquer à la plante du pied; douloureuse à cause de l'escarre, qui demande quelques jours pour guérir.

A cause de cela, nous avons été amené, il y a déjà quelques années, à soigner les verrues plantaires par la Radiothérapie superficielle, et nous nous en sommes bien trouvés. Dans notre pratique privée, nous pouvons dire, sans exagérer que nous soignons plus de cinquante verrues par an, c'est dire, le nombre considérable de cas traités ces dernières années, avec dans l'ensemble, des résultats très convenables.

Cependant, si la radiothérapie, constitue une méthode non douloureuse et efficace, elle réclame beaucoup d'attention et une technique rigoureuse.

Cette technique est la suivante :

Nous donnons huit cents « r » par séance et nous faisons deux séances espacées de 7 jours.

Le malade est couché à plat ventre sur la table de traitement, la plante du pied est rendue de la sorte, plus accessible; des cales maintiennent le pied dans une position fixe. La verrue est cerclée au crayon dermatographique; un premier cache en matière plombée, encadre la

SYNERGIE ANTI-RHUMATISMALE

ATOPHAN -  
VITAMINÉ B<sub>1</sub>

*Cruet*  


LABORATOIRES CRUET

SERVICE SCIENTIFIQUE :  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS - VII<sup>e</sup>

TÉL. INV 74-19

USINES A CALAIS

J. GANIBER

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue d'Avignon — TUNIS



verrue dans sa fenêtre; un 2<sup>e</sup> cache, toujours en matière plombée, formé de deux équerres, laisse à ciel ouvert, un petit carré centré par la verrue et recouvre tout le reste de la plante du pied.

Le tube radiogène, totalement protégé dans sa gaine plombée, est amené au-dessus de la région malade; le rayon incident est dirigé perpendiculairement à la verrue; un localisateur transparent, ce qui permet la certitude de la localisation, maintient une distance anti-cathode-peau de 15 cm.; il est garni d'un filtre de 0 mm., 5 d'Aluminium. Le dosage est fait pendant le passage des rayons, au moyen d'un Dosimètre intégrateur. La tension est de 100 KV, sous 3 milli-ampères.

Après une période de latence de 15 à 20 jours, la réaction érythémateuse apparaît sous la forme d'une petite plaque, rouge, chaude et légèrement douloureuse. A partir de ce moment la verrue devient de plus en plus superficielle et finit par tomber vers le 30<sup>e</sup> jour. Parfois, elle reste adhérente et il ne faut pas hésiter à la racler au scalpel. Lorsqu'il s'agit d'un groupe de verrues, il faut à tout prix éviter de faire un champ large, car dans ce cas, la réaction est horriblement douloureuse. On divisera la région malade en deux ou trois champs, que l'on relèvera scrupuleusement sur un calque. On n'irradiera le 2<sup>e</sup> champ qu'après guérison du 1<sup>er</sup>, en espérant voir les verrues non irradiées disparaître d'elles-mêmes, ce qui se voit encore assez souvent. Quand les verrues siègent dans des régions fortement séparées, on peut les irradier le même jour, sans danger; en faisant deux champs séparés; la même technique est à faire, quand les verrues siègent aux deux pieds. Si, nous insistons, sur la technique à employer, c'est que la radiothérapie superficielle, mal dosée, ou intempestive est dangereuse. La radiodermite, est un accident qu'il faut à tout prix éviter.

Un autre ennui, inhérent à la méthode, mais imputable au malade, est à l'origine d'échec. Le malade est parfois soulagé par les rayons, après la 1<sup>re</sup> séance, et ne revient pas faire la 2<sup>e</sup> application. La verrue, qui n'a pas reçu la dose nécessaire, ne disparaît pas, d'où échec.

Une erreur à ne pas commettre, est l'erreur de diagnostic. Il ne faut pas prendre un durillon pour une verrue. Le durillon, siège le plus souvent au niveau de la tête d'un métatarsien, il est en général bilatéral, il n'est pas douloureux ou très peu à la pression; à la loupe les plis cutanés recouvrent le durillon, alors que dans la verrue, les plis cutanés s'arrêtent à la périphérie de cette dernière (signe de Nadal). Enfin après raclage, la surface verruqueuse est ponctuée de petits points noirs. La radiothérapie fait tomber le durillon, mais il récidive et la répétition du traitement, peut être à l'origine de radiolésion. C'est là le danger.

On peut donc faire appel, à la Radiothérapie superficielle, pourvu que la technique soit rigoureuse, qu'il n'y ait pas d'erreur de diagnostic, que le malade prévenu, fasse les deux applications, même s'il est soulagé après la 1<sup>re</sup> séance; c'est à ces conditions seulement que l'on peut obtenir la guérison des verrues plantaires « véritable infirmité » sans anesthésie, sans douleur, sans une goutte de sang, d'une manière élégante et ambulatoire.



# Gastro-Pylore

MUQUEUSE GASTRIQUE TOTALE LYOPHILISÉE

d'agneau avant sevrage (+ Vit. B 12 20 γ)

FACTEUR BIOLOGIQUE D'ASSIMILATION

dénutrition - déficit protidique - anémie - amaigrissement

Gastrectomisés - Insuffisants digestifs

Nourrissons hypotrophiques

2 flacons par jour aux principaux repas

doubler la dose dans les cas graves

Nourrissons : 1 à 2 flacons par jour à répartir dans les biberons

Boîte de 12 et 24 flacons

LABORATOIRE DE BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE LAVRIL 13, rue Péclat - Paris - 15<sup>e</sup>

## Considérations cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à propos d'une observation de cancer de la grosse tubérosité,

par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, J. DEMIRLEAU et Jacqueline DAUD

—oo—

Voici une observation d'un cancer de la grosse tubérosité de l'estomac qu'il nous a semblé intéressant de vous présenter, car elle illustre parfaitement les difficultés du diagnostic clinique et radiologique et la décision thérapeutique.

N..., 47 ans, est indochinois que l'un de nous connaît depuis plusieurs années. On ne relève dans ses antécédents, absolument aucun signe digestif. Pas le moindre trouble dyspeptique, pas la moindre douleur ou gêne épigastrique. C'est en pleine santé, avec un état général parfait, qu'il fait une hématomèse. Comme il était seul, et qu'il n'est pas très explicite, il nous a été tout d'abord difficile de savoir s'il s'agissait d'une hémoptysie ou d'une hématomèse. Une radiographie des poumons ne montra rien de particulier. Les hémogrammes ne montrent même pas des signes de spoliation sanguine. C'est par esprit de recherche que nous nous sommes décidés à lui demander une étude radiographique de son estomac, dont voici les clichés qui révèlent une infiltration tumorale du pôle supérieur et antérieur de la tubérosité :



CLICHÉ N° 1

*En position debout :*

Amputation de la partie externe de la coupole de la grosse tubérosité par 2 masses tumorales arrondies.

Œsophage terminal et cardia normaux, ce qui explique l'absence de dysphagie.





CLICHÉ N° 2

*En position couchée :*

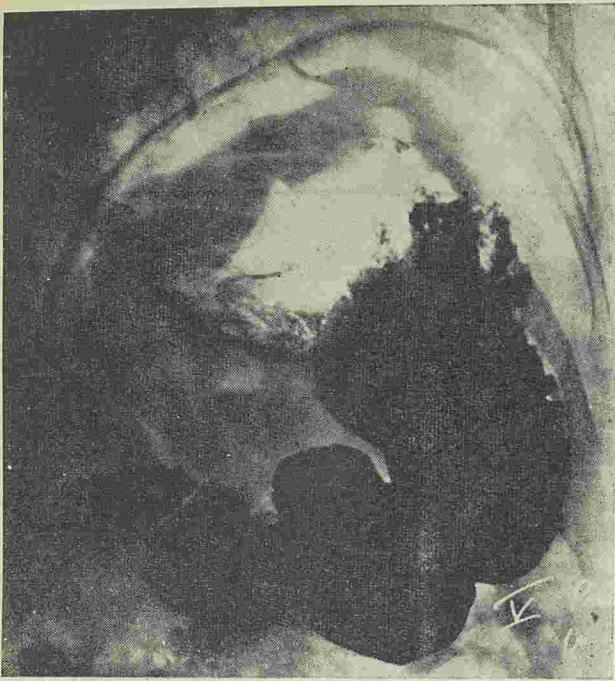
Epaississement de l'ombre diaphragmatique avec amputation de la coupole de la grosse tubérosité.



CLICHÉ N° 3

*Pneumopéritoine : position debout :*

Le diaphragme est parfaitement séparé de la grosse tubérosité gastrique. Les 2 masses tumorales arrondies sont nettement solitaires de la poche à air.



CLICHÉ N° 4

*Pneumopéritoine : procubitus :*

Même constatation que sur le cliché N° 3, la tumeur est nettement visible, elle coiffe tout le pôle supérieur de l'estomac.

Le malade est alors confié au chirurgien dont voici le protocole opératoire.

*Incision Paramédiane gauche.*

L'exploration montre l'existence d'un cancer de la face antérieure de la grosse tubérosité juste au-dessous du cardia, laissant libre la partie toute supérieure de la calotte.

La rate n'est pas adhérente. L'estomac est libre, bien qu'il existe des ganglions nettement envahis sur la coronaire.

Il faut faire une gastrectomie totale, elle est possible par voie abdominale, le thorax étant évasé.

Libération de l'estomac.

Excision et fermeture du duodénum.

Descente de l'œsophage et anastomose œsophago-jéjunale en sandwich avec jéuno-jéjunostomie transmésocolique.

Paroi en 3 plans au nylon sans drainage.

Sonde œsophagienne pendant 7 jours. Suites très simples, sortie le 8<sup>e</sup> jour.

*Conclusion.*

Nous avons reporté cette observation, pour montrer la disproportion considérable entre les lésions cancéreuses de l'estomac et la pauvreté, sinon l'absence totale des signes cliniques. Seule l'hématémèse a permis le diagnostic radiologique, dont les images sont suffisamment typiques pour mériter d'être publiées.

≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090



## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 23 MARS 1956

*Communications :*

*Rapport : Le Saturnisme en Tunisie - Enquête médico-sociale parmi les ouvriers d'une fonderie de plomb - Discussion du Rapport,*  
par les D<sup>rs</sup> M. SASSI et M. A. ZÉRAH.

*Hypotension orthostatique,*  
par le D<sup>r</sup> A. CALO.

*Tachycardie ventriculaire et pronœstyl,*  
par les D<sup>rs</sup> H. BONAN, A. CHARRAD, G. BORSONI et DAMEL.

*A propos d'un diagnostic de fièvre essentielle,*  
par les D<sup>rs</sup> E. DIACONO et G. DIACONO.

*Sur un cas de maladie de Klipper - Trénaunay,*  
par le D<sup>r</sup> A. CHARRAD.

**DELICIEUSE CONFITURE LAXATIVE  
ANTISPASMODIQUE A BASE DE FRUITS D'ORIENT  
TAMARINE  
PAS DE PRODUITS CHIMIQUES - PAS D'ACCOUTUMANCE**

**INFAILLIBLE DANS TOUS LES CAS DE STASES INTESTINALES**

**Laboratoires FURT - 4, Av. de la Libération, LE BOUSCAT - BORDEAUX (Gironde)**

**TUNISIE : PHARMACO - 25, Rue Malta-Srira - TUNIS  
& Toutes Pharmacies**

**SOBIO**

# AGÉRON

**NOUVELLE FABRICATION**

*Suppression  
de la Vaso-dilatation faciale*

Nos Laboratoires, après d'importantes recherches et de nombreux essais cliniques, ont pu mettre au point un revêtement spécial à délitage entérique progressif, dragéifié.

- Évitant les inconvénients d'une vaso-dilatation brutale.
- Renforçant les hautes propriétés thérapeutiques de l'AGERON par absorption filée et activité étalée.

**STIMULATION BIO-ÉNERGÉTIQUE**

de tous les âges

**ANTI-ALGIQUE**

**MÉDICATION VASO-DILATATRICE**

Prévention des accidents de l'Antibiothérapie

**NOUVELLE POSOLOGIE**

**ADULTES** : 1 à 3 dragées au cours des 3 repas (3 à 9 dragées par jour).

**ENFANTS** : 1 à 3 dragées par jour aux repas.

**SÉCURITÉ SOCIALE - A.M.G. - COLLECTIVITÉS**

LABORATOIRES SOBIO - 20, RUE D'AUMALE, PARIS (9<sup>e</sup>) - FIG. 65-59

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

MAROC : Ets PÉLISSARD — 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA

ALGERIE : Toutes Pharmacies

# LE SATURNISME EN TUNISIE

## Enquête Médico - Sociale parmi les ouvriers d'une fonderie de plomb

par les D<sup>rs</sup> BEN SASSI et André ZÉRAH (1)

### INTRODUCTION

Le développement de la production industrielle a entraîné l'écllosion d'un certain nombre de maladies groupées sous le nom de « maladies professionnelles ».

La Tunisie, malgré son faible développement industriel, n'échappe pas à la règle générale. La pathologie locale, déjà si variée, s'est enrichie au cours des dernières années d'affections nouvelles que la conjoncture économique et sociale a rendu plus graves et plus étendues.

Les praticiens de ce pays ont pu observer au hasard de leur clientèle ou dans les formations hospitalières de nombreux cas :

- d'ankylostomiasés chez les mineurs et les fellahs du Cap Bon;
- de dermites eczématiformes chez les cimentiers;
- de silicose (pneumoconiose) parmi les mineurs de phosphate de l'Ouest et du Sud-Ouest;
- de spirochetose ictéro-hémorragique chez des égouttiers;
- d'anémies benzoliques dans les ateliers de miroiterie et de dégrais sage;
- d'œdèmes chez les ouvriers des salines.

Mais c'est sans aucun doute le Saturnisme qui est en Tunisie la maladie professionnelle non seulement la plus ancienne (la première mine de plomb fut exploitée au Djebel Ressay en 1868), mais aussi la plus importante.

Cette première place, le saturnisme la doit surtout au fait que le plomb joue un rôle important dans notre économie et que l'extraction du carbonate ou de la galène ainsi que la fusion du minerai, emploient plus de 4.000 travailleurs.

### ETUDE ECONOMIQUE

Les gîtes de minerai de plomb, presque toujours associés au minerai de zinc, ont fait l'objet depuis l'institution du Protectorat, d'un grand nombre de concessions, mais on assiste depuis la fin de la guerre à une

---

(1) Avec la collaboration technique de M. Henri Bismuth.



concentration de la production entre les mains de sociétés dotées de gros moyens financiers qui leur permettent de rationaliser leur installation et de vendre à des prix concurrentiels. C'est ainsi que la Société de Pennaroya et la Compagnie Royale Asturienne des Mines se partagent presque également les 2/3 de la production avec leurs gisements du Djebel Ressas, Sakiet Sidi Youssef, Touireuf, Ressas-Touireuf, Oued Maden, Kef Chambi (Pennaroya), et El Grefa, Bou K'Hill, Sidi Ahmed, Saf-Saf, Djebel Semène, Djebel Kebboucha (Compagnie Royale Asturienne). D'autres Sociétés (Sidi Bou Aouane, Djebel Hallouf, Garn-Alfaya) exploitent des gisements secondaires. (2)

La production du minerai de plomb se présentait au cours des dernières années de la manière suivante (3) :

1950 .. . . . . .	30.700 tonnes
1951 .. . . . . .	33.900 »
1952 .. . . . . .	36.500 »
1953 .. . . . . .	37.900 »
1954 .. . . . . .	41.500 »

A cette production participe une main-d'œuvre abondante en majorité tunisienne, fortement groupée dans un petit nombre de mines dont certaines (mines du Djebel Ressas, Sakiet Sidi Youssef, Sidi Bou Aouane, Sidi Amor) arrivent à grouper plus de 400 ouvriers chacune.

Les effectifs totaux suivants ont été enregistrés au cours des 5 dernières années (4) :

1950 .. . . . . .	3.915
1951 .. . . . . .	4.391
1952 .. . . . . .	4.343
1953 .. . . . . .	3.514
1954 .. . . . . .	3.348

Le minerai extrait du sous-sol tunisien n'est pas exporté à l'état brut. En Tunisie même, il est transformé en plomb métal dans 3 fonderies.

**La Fonderie de Zarzouna** non loin de Bizerte qui relève de la Société Sidi Bou Aouane, traite le minerai de la mine qu'elle exploite.

**La Fonderie du Djebel Hallouf** non loin de Souk El Khémis qui relève de la Société Française du Djebel Hallouf, traite le minerai de ses gisements.

(2) A. GRANOTIER, L'industrie minière en Tunisie. Publications Minières et Métallurgiques, Paris 1955.

(3) Annuaire statistique de la Tunisie, 1953, p. 64 et Bulletin Economique et Social de la Tunisie, février 1955, p. 83.

(4) Annuaire statistique de la Tunisie, 1953, p. 68 et Bulletin Economique et Social de la Tunisie, février 1955, p. 91.



*Rhumatismes...*

**Thionaiodine** *Vitaminée B<sub>1</sub>*

INJECTABLE  
100 MGRS.

COMPRIMÉS  
100 U. I.



TUNISIE : O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

**La Fonderie de Mégrine** dans la banlieue de Tunis qui relève de la Société Minière et Métallurgique de Pennaroya est de beaucoup la plus importante (5). Elle ne traite pas seulement le minerai de ses gisements, mais encore celui tiré des mines de la Compagnie Royale Asturienne de la Société des Mines Réunies et d'autres encore.

La production de ces 3 fonderies se présentait au cours des dernières années comme suit (6) :

### PRODUCTION DU PLOMB METAL

(en tonnes)

Fonderies	1950	1951	1952	1953	1954
Pennaroya . . . . .	20.646	18.225	21.714	22.835	22.843
Djebel Hallouf . . . . .	1.891	2.611	2.166	1.669	1.970
Sidi Bou Aouane . . . . .	990	2.070	1.626	2.776	2.377
Total . . . . .	23.536	22.906	25.506	27.280	27.190

Ces 3 fonderies emploient en tout quelques centaines de travailleurs qui se répartissent ainsi (7) :

Fonderies	Cadres	Agents de Maîtrise et employés	Ouvriers
Mégrine . . . . .	4	30	425 — 450
Djebel Hallouf . . . . .	1	2	75 — 85
Zarzouna . . . . .	1	12	80 — 100
Total . . . . .	6	44	550 — 635

(5) Elle a fait l'objet d'une étude de M. Jean LAVIGNE dans le Bulletin de la Confédération Générale du Commerce et de l'Industrie de mai 1949, p. 330-336.

(6) Annuaire statistique de la Tunisie, 1953, p. 65 et Bulletin Economique et Social de la Tunisie, février 1955, p. 85.

(7) A. GRANOTIER, op. cité, p. 67 et 68.



ANTISEPTIQUE  
INTESTINAL

# ENTÉRO VIOFORME

IDOCHLOROXYQUINOLEINE

**SPÉCIFIQUE  
DES DYSENTERIES  
À PROTOZOAIRES**

**IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ**

**INSOLUBLE  
NON TOXIQUE  
NON IRRITANT**

*Entéro-colites  
Amibiase aiguë et chronique  
Dysenteries parasitaires*

COMPRIMÉS à 0,25 g

LABORATOIRES

III, B<sup>d</sup> VIVIER-MERLE, LYON

**CIBA**

PARIS, 57, QUAI D'ORSAY

Ce tableau de l'industrie tunisienne du plomb ne serait pas complet si nous ne signalions pas l'existence, dans la banlieue industrielle de Tunis, d'une usine qui transforme le plomb raffiné :

**La Métallurgie de Tunis**, société qui relève du même groupe financier que la Société Française du Djebel Hallouf et qui fabrique des tuyaux de plomb, du plomb de chasse, du minium, de l'oxyde et qui emploie quelques dizaines d'ouvriers.

Le saturnisme peut atteindre non seulement ceux qui extraient le minerai de plomb, le transforment en métal ou en produits ouvrés, mais encore ceux qui, tels les ouvriers imprimeurs, l'utilisent.

**L'Imprimerie** est représentée dans toutes les villes du pays. Elle n'en est pas moins concentrée dans la Capitale où se trouvent les principales imprimeries de journaux et imprimeries de livres dont 5 emploient plus de 50 salariés.

Telles sont les diverses branches de l'Economie Tunisienne où intervient le plomb, qui groupent ainsi qu'on a pu se rendre compte quelque quatre mille travailleurs.

C'est donc une collectivité importante qui est menacée par le saturnisme, et ainsi que nous pourrions le constater, cruellement atteinte.

**Le but de ce travail** est :

- d'étudier dans une collectivité, la pathologie particulière du saturnisme en Tunisie;
- d'évaluer l'ampleur de l'atteinte saturnine au moyen de signes cliniques et biologiques universellement reconnus;
- d'indiquer les moyens de combattre ce véritable fléau social en rappelant que l'idée de prévention jusqu'ici négligée doit prendre le pas sur celle de réparation actuellement admise

**L'objet de notre enquête** a été la Fonderie de Mégrine créée en 1909 et qui appartient à la Société Pennaroya.

Notre choix a obéi aux considérations suivantes :

1° La Fonderie de Mégrine fabrique plus de 80 % du plomb produit en Tunisie. Elle emploie plus de 70 % des travailleurs de la Métallurgie.

2° Cette usine est située à Mégrine, dans la banlieue immédiate de Tunis. De ce fait les ouvriers ont pu se prêter assez facilement à l'enquête médicale.

3° Tous les travailleurs de l'usine sont organisés dans un syndicat unique, sans l'aide duquel une pareille étude se serait révélée extrêmement difficile sinon impossible (8). C'est d'ailleurs, il faut le souligner à la demande des organisations ouvrières, que cette enquête a été décidée

(8) Nous remercions MM. RACHID BOUDALI et CHAKROUN, délégués du syndicat de la métallurgie U.G.T.T. de l'aide qu'ils ont apportée à l'organisation de l'enquête.



# RECTOSEPTAL

*Bismuthé*

SUPPOSITOIRES A BASE DE  
SUCCINATE DE BISMUTH - EUCALYPTOL - ORTHOXYQUINOLÉINE

POSOLOGIE MOYENNE : DEUX SUPPOSITOIRES PAR JOUR

DEUX FORMES : ADULTES et ENFANTS-BÉBÉS



Excite l'appétit...



R. FIX-MISSEIN

# ULTRAPHOS

## DEROL

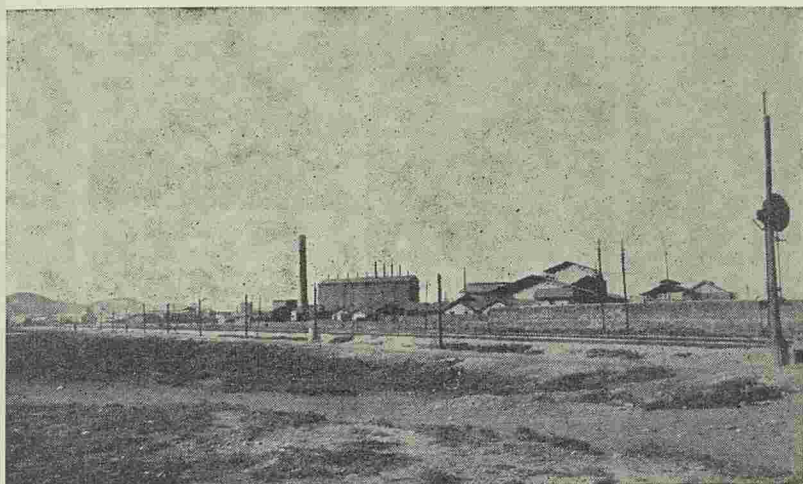
PHOSPHATES DIACIDES POLYMÉTALLIQUES

+ VITAMINES B<sub>1</sub> ET B<sub>2</sub>

en ampoules buvables

ACIDIFIANT — REMINÉRALISANT — TONIQUE

A. L. P. MONTICO

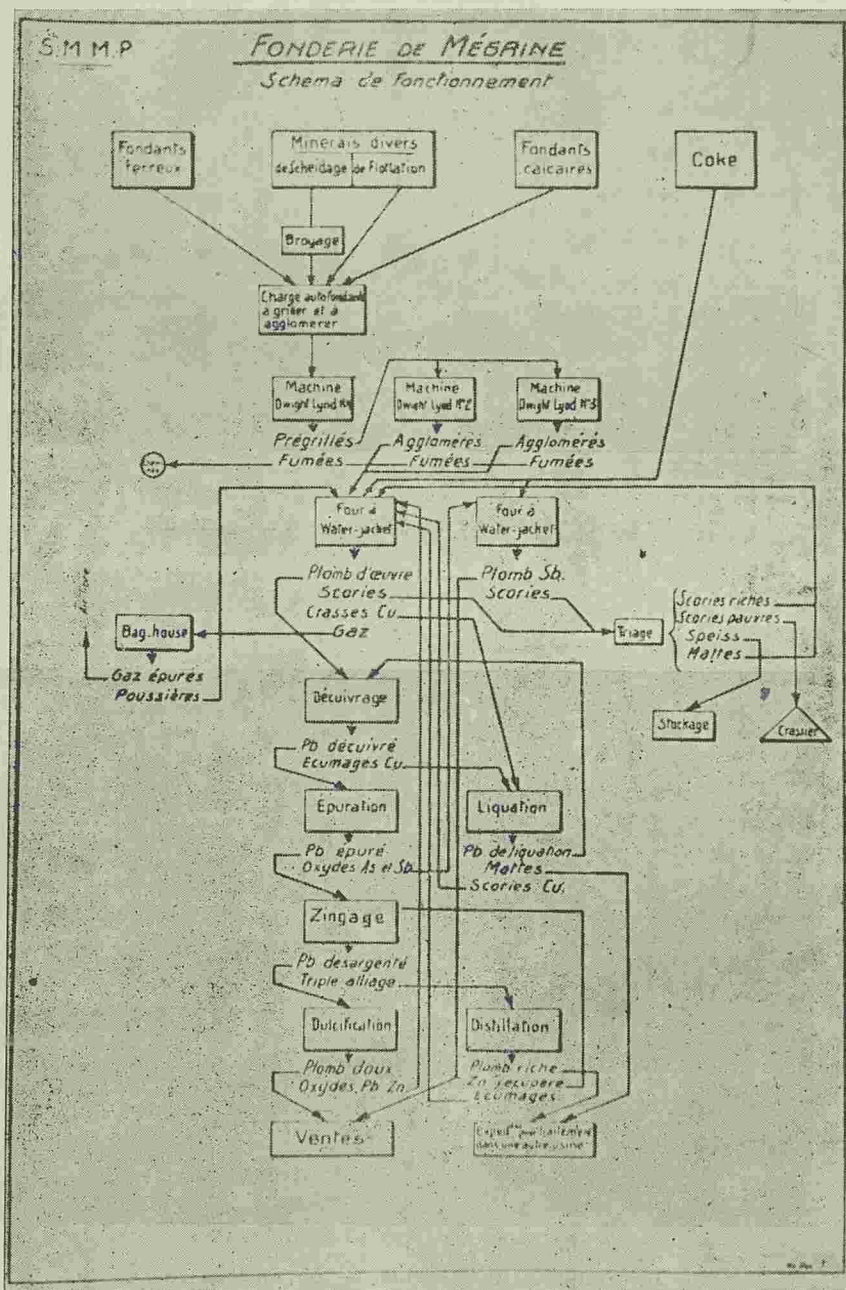


(Cliché PHOTOMATON)

La Fonderie de Mégrine. — Vue générale



La Fonderie de Mégrine. — Le four de fusion









TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN  
14 bis. Rue Arago — TUNIS

Après six jours de travail l'équipe bénéficie d'un repos hebdomadaire de deux jours. Le congé annuel est de 12 jours ouvrables par an.

Les ouvriers changent rarement de service. Les plus âgés d'entre eux sont en général utilisés dans les services annexes.

### PROTOCOLE D'EXAMEN

Notre sondage a porté sur 196 ouvriers, soit environ 52 % des ouvriers de l'usine.

177 d'entre eux (46 %) purent bénéficier d'une étude médicale complète à la fois clinique et biologique.

Les ouvriers examinés furent pris au hasard dans des équipes différentes et à des postes divers. **Tous sans exception étaient au moment de l'enquête, en activité de travail régulier.** Nous avons éliminé à dessein systématiquement de notre étude tous les sujets en congé de maladie ou autre.

Les 196 ouvriers de la Pennaroya se présentèrent à l'examen volontairement par groupe de 15 à 25 sous la conduite du délégué syndical. Ils subirent un triple examen :

1° **Un interrogatoire** portant sur l'âge, l'ancienneté à l'usine, la fréquence des accidents.

2° **Un examen clinique** sommaire portant en particulier sur l'appareil digestif (bouche, estomac, intestin), système cardio-vasculaire, système nerveux.

3° **Un examen biologique** comprenant une détermination du taux de l'hémoglobine, du nombre des hématies à granulations basophiles (H.G.B.), du taux de la coproporphyrine urinaire.

Enfin, certains sujets purent bénéficier d'examens plus spécialisés : gastro-entérologiques (gastroskopie, rectoscopie), cardiologiques (électrocardiogramme), radiologiques, biologiques (azotémie, plombémie, tests de floculation hépatiques) effectués par des spécialistes. (9)

Les résultats de l'enquête sont consignés dans le tableau général ci-après :

(9) Nous remercions les D<sup>rs</sup> MEDDER, J. NATAF et Ridha MABROUK des examens complémentaires qu'ils ont bien voulu effectuer.



No	Noms	Age	Ancienneté	Fréquence des accidents	Benche	Estomac	Intestin	T.A.	Cœur	Réflexes	Hémoglobine		H.G.B.	Porphyrine	Urée	Place	
											en grs	en %					
1	Al. b. Mo.	40	5	1	D	N	N + Co	12-7	N	N	N	10	68	800	++	0,60	Place Zingage
2	Ar. b. Fr.	32	8	2	D	A	Co	14-8	N	Di	N	10,2	65	1.300	++	0,54	»
3	Dj. b. Mo.	45	10	6	D	A	Co	14,9	N	Di	N	10,4	67	200	+	0,52	»
4	Mo. b. Mo.	55	7	F	D	A	Co	17-8	Rac. neurale	N	N	9,8	53	1.600	++	0,35	»
5	Ta. b. A.	38	11	F	N	N	N	14-8	N	N	N	12,4	80	400	++		»
6	Ha. b. A.	45	20	F	S	N	N	13-8	N	N	N	13,4	86	1.200	+		»
7	Mo. b. Sa.	41	21	F	S	N	N	12-8	N	Di	N	13,2	84	100	0		»
8	Sa. b. A.	40	10	F	S	N	N	15-8	N	N	N	14,1	90	0	+	0,39	»
9	Ta. b. Sa.	25	9	F	S	N	N	12-7	N	N	N	12,4	80	0	0	0,37	»
10	Sa. b. Ab.	55	7	2	S	A	Ballonné	16-10	Dyspnée	Di	N	7,5	49	850	+	0,35	»
11	Mu. b. Ah.	29	6	F	S	N	N	16-11	N	N	N	12,1	78	1.400	+	0,47	»
12	Br. b. Al.	43	15	1	S	A	Co	14-9	N	Trembl.	N	12	77	1.400	0	0,37	»
13	Mo. b. Mo.	57	28	F	S	N	Ballonné	15-10	N	N	N	12,6	81	200	0		»
14	Ah. b. Ro.	52	28	F	S	N	N	14-9	Dyspnée	Di	N	12,4	80	5.200	+		»
15	A. b. Lar.	35	7	F	S	N	N	13-7	N	N	N	10,2	65	400	+	0,54	»
16	A. b. Lar.	50	5	F	S	N	N	19-11	N	N	N	8,5	54	1.400	+	0,31	»
17	Ab. Hou.	52	25	F	S	A	A	19-10	N	Di	N	10,6	68	350	0	0,33	»
18	Lah. Ah.	29	10	F	S	A	A	16-10	N	Di	N	10,7	69	450	0	0,31	»
19	Al. Bar.	47	20	F	S	A	Plethore	23-14	N	N	N	13,1	84	350	0		»
20	Ra. Bas.	47	14	F	S	N	N	16-11	N	Di	N	8,2	53	300	0	0,51	»
21	Ali. b. Ha.	25	6	2	D	Dy	Co	15-8	N	Di	N	10	64	2.500	++		»
22	Sa. b. Al.	32	12	F	N	Dy	Co	13-9	N	Di	N	9,5	61	2.200	++	0,59	Four
23	Sa. Ay.	35	50	F	S	Dy	Co	13-9	N	N	N	10	64	15.000	++		»
24	Rac. b. Tah.	29	5	F	S	Dy	Co	14-9	N	N	N	12,5	80	50	++		»
25	Sa. b. Al.	46	7	F	N	Dy	Co	16-10	N	Di	N	12,1	78	1.600	+		Atelier
26	Abd. b. Mo.	21	6	F	D	Dy	Co	15-8	N	N	N	11,2	72	1.600	0		»
27	Ab. b. Ah.	48	9	F	N	Dy	Co	15-8	N	Di	N	10,2	65	0	+		Four Zingage
28	Gouid. b. Ch.	38	10	10	S	Dy	Co	15-9	N	N	N	8,4	51	1.200	++	0,51	»
29	Al. b. Trab.	34	11	F	S	Dy	Gros foie	18-13	Di	N	N	12,2	61	2.500	++		»
30	Ab. D. H.	45	25	F	D	Dy	Co	15-9	N	N	N	9,5	61	400	+		»

N°	Noms	Age	Antécédents	Fréquence des accidents	Bouche	Estomac	Intestin	T.A.	Cœur	Réflexes	Hémoglobine		H.C.B.	Uroporphyrine	Urée	Place
											en grs	en %				
31	Ke. b. Heo.	27	7	2	D	Dy	Co	13-9	N	Sciatique	11,5	74	6.100	++		Zingage
32	Km. b. Ha.	37	5	3	S	Dy	N	15-10	N	N	10	64	800	++	0,40	»
33	Men.	38	8	3	S	N	N	12-8	N	N	11,9	76	0	+	0,60	»
34	Sa. b. Al.	45	8	F	S	Dy	Co	17-8	N	N	11	71	600	+	0,49	Four
35	Az. b. Al.	52	10	F	D	N	N	16-10	N	N	10,6	68	600	+		»
36	Gar. b. Al.	45	10	F	D	N	N	18-10	N	D	11,6	75	0	0		»
37	Am. b. Ha.	40	13	F	S	Dy	Co	17-8	N	N	10	64	200	+		»
38	Al. b. Mo.	35	6	F	D	N	Co	17-10	N	D	9,5	61	0	0		»
39	Ha. b. Ab.	35	13	F	D	Dy	Co	15-9	N	D	9,4	60	0	0		»
40	Ab. b. Ha.	35	6	F	D	Dy	Co	17-11	N	D	13,1	84	100	++		»
41	Ab. b. Bel.	35	5	F	D	Dy	Co	14-9	N	D	12	77	0	0		»
42	Sa. b. Mo.	30	25	F	D	Dy	Co	14-9	N	N	9,4	60	0	+		»
43	Br. b. Mo.	50	25	F	D	Dy	Co	16-9	Di	N	8,2	53	3.400	++	0,59	Zingage
44	Sa. b. Sal.	23	5	F	N	N	N	13-8	N	N	8,5	54	600	++		D. L.
45	Ta. b. Ot.	23	4	F	N	N	N	14-8	N	D	7,1	45	200	++		»
46	Ta. b. Ha.	33	8	F	S	Dy	Co	13-9	N	N	13,2	98	200	0		»
47	Ab. b. Mo.	50	7	F	S	Dy	Co	13-7	N	D	9,6	62	300	+		»
48	Ha. b. Al.	43	20	F	S	Dy	Co	13-8	N	N	10,6	68	600	1		»
49	Ha. b. Ha.	33	9	F	S	Dy	Co	14-7	N	N	12,6	81	0	0		»
50	Ha. b. Sa.	52	29	F	S	Dy	Co	17-5	Di	N	12	77	0	0		»
51	Kh. b. Kil.	44	26	F	S	Dy	Co	16-8	Di	N	10,2	65	0	0		»
52	Bo. Ah.	50	6	F	Edentié	Dy	Co	15-9	Di	N	11,1	71	0	0		»
53	Be. b. Ab.	55	26	F	S	Dy	Co	18-10	Di	N	12,2	78	0	0		»
54	Am. b. Ha.	36	11	F	S	Dy	Co	15-8	N	N	11,6	75	0	0		»
55	Ab. b. Al.	55	30	F	S	Dy	Co	17-8	Di	N	7,2	47	100	+		Bricolage
56	Br. b. Kh.	42	18	F	S	Dy	Co	16-8	N	D	13,4	86	0	0		Zingage
57	Ch. b. Al.	46	5	F	Edentié	N	N	18-10	D	N	13,8	89	0	0		»
58	Al. b. Ma.	45	6	F	S	Dy	Co	15-8	N	N	12,9	83	400	0		»
59	Be. b. Ha.	38	18	F	N	N	N	17-9	N	N	12,6	81	0	+		Transport
60	Ah. b. Am.	32	7	F	S	S	N	14-8	N	N			0			

No	Noms	Age	Ancienneté	Fréquence des accidents	Bouche	Estomac	Intestin	T.A.	Cœur	Réflexes	Hémoglobine		H.G.B.	Porphyrine	Urée	Place
											en grs	en %				
61	Bo. b. Br.	38	5	F	D	N	N	14-8	N	N	11,6	75	0	++		Echantillonnage
62	Ch. Bo.	35	17	F	S	Dy	Co	13-8	N	N	12	77	0	+		»
63	Al. b. Kh.	38	9	F	D	Dy	Co	14-9	N	N	10,2	65	0	0	+	Atelier
64	Ch. b. Di.	24	5	F	N	N	Co	13-7	N	N	14,5	93	0	+	»	»
65	Ab. b. Al.	30	5	F	S	N	Co	12-7	N	N	14,1	91	0	0	+	Brotage réformé
66	Bo. b. Ah.	60	21	F	S	Dy	Co	19-10	D	Di	11,6	75	0	+	»	Four
67	Be. b. Ah.	47	7	F	D	Dy	Co	16-8	N	Di	9	58	200	++	0,47	»
68	Sa. b. Mo.	40	5	F	S	Dy	Co	14-9	N	N	7,7	49	1.600	++	0,41	»
69	Ha. la.	40	4	F	S	Dy	N	15-8	N	N	10,6	68	300	+	+	»
70	Mo. b. Am.	25	4	F	D	Dy	Co	16-8	N	N	9,6	62	900	++	+	»
71	Ga. b. Am.	50	15	F	D	Dy	Co	16-8	N	N	8	51	1.100	++	+	»
72	Ah. b. Ma.	35	10	F	D	Dy	Co	16-8	N	N	10,2	65	0	+	+	»
73	Ta. b. Al.	40	5	F	D	N	Co	14-7	N	N	12,2	78	1.650	++	+	»
74	Ta. b. Al.	45	15	F	D	N	N	17-8	N	N	10,2	65	400	++	+	»
75	Ou. b. Am.	32	6	F	D	N	Co	17-9	D	Di	10,2	65	200	+	+	»
76	Sg. b. La.	45	13	F	D	N	Co	16-9	D	Di	8,7	56	400	0	+	D. L.
77	Ab. b. Mo.	55	25	F	D	Dy	Co	15-8	N	N	9	58	1.900	++	+	»
78	Ra. b. Ah.	45	15	F	D	Dy	Co	17-9	N	N	7,7	49	900	++	+	»
79	Ab. Ma.	40	20	F	D	Dy	Co	17-8	N	N	11	71	0	0	+	Four
80	Sl. b. Lou.	35	8	F	D	Dy	Co	16-10	N	N	7,5	48	1.800	++	+	»
81	Ah. b. Al.	45	20	F	D	Dy	Co	16-8	Di	Di	7	45	200	++	+	»
82	Al. b. Kh.	35	4	F	D	Dy	N	14-8	N	N	12,6	81	50	+	+	»
83	Am. b. Mo.	35	15	F	D	Dy	Co	18-8	N	Di	10,2	65	200	++	+	»
84	Be. b. Sa.	45	15	F	D	Dy	Co	14-8	N	N	8,5	54	2.000	++	+	»
85	Sa. b. Sa.	50	15	F	D	N	Co	16-8	N	N	10,2	65	400	++	+	»
86	Al. b. So.	37	5	F	D	N	Co	14-8	N	N	8	51	0	+	+	D. L.
87	Am. Es.	45	5	F	D	N	Co	16-10	N	Di	7,5	48	3.000	++	+	Four
88	Ab. b. Re.	45	15	F	D	Dy	Co	17-10	N	N	9,4	60	800	++	+	»
89	Mo. b. Sa.	45	22	F	D	Dy	Co	14-8	N	N	10,1	65	800	++	+	Zingage
90	Ha. b. Mo.	36	7	F	D	N	Co	13-8	N	N	11,6	75	0	++	+	Atelier



No	Noms	Age	Ancienneté	Fréquence des accidents	Bouche	Estomac	Intestin	T.A.	Cœur	Réflexes	Hémoglobine		H.G.B.	Porphyryne	Urée	Place
											en grs	en %				
91	Sa. b. Am.	36	7	F	S	Dy	Co	11-5	N	N	12,9	83	100	+	0,40	Zingage
92	Ha. b. Ke.	52	23	F	S	Dy	Co	18-8	D	N	12,1	78	200	+		Bricolage
93	Ah. b. Kl.	57	20	F	S	Dy	Co	17-8	N	N	12	77	600	+	0	»
94	Mo. b. Ah.	43	6	F	S	N	N	14-7	N	N	11,6	75	400	0		Zingage
95	Ah. b. Am.	44	19	F	S	Dy	Co	14-9	N	N	14,5	93	0	0		Bricolage
96	Ta b. Dj.	60	17	F	s	Dy	N	18-10	L	N	8,7	56	100	0		»
97	Mo. b. Yo.	40	17	F	S	Dy	Co	11-0	N	N	12,6	54	700	+	0,49	»
98	Ot. b. Mo.	45	23	F	S	Dy	Co	17-9	L	N	11,6	75	400	0		»
99	Al. b. Ga.	40	30	F	s	N	N	13-10	D	N	13,7	88	200	0		»
100	Be. b. Me.	52	18	F	S	N	Co	19-11	D	N	11,6	75	0	0		»
101	Kh. El G.	34	12	F	s	Dy	Co	13-8	N	N	9,6	72	900	0	0,43	Echantillonnage
102	Ab. b. Sa.	68	31	F	s	Dy	Co	18-10	D	N	9	58	800	0		Four
103	Ta. Ch.	45	8	F	s	Dy	Co	13-7	N	Di	12	77	0	0		»
104	Ah. b. Mu.	50	20	F	s	Dy	Co	13-7	D	N	13,5	87	200	0		Bricolage
105	Mo. H. Tr.	60	21	F	S	Dy	Co	13-8	D	N	12,2	78	100	0		Echantillonnage
106	Ma. Fe.	28	5	F	N	N	N	14-8	N	N	11,5	75	0	0		»
107	Br. b. La.	38	5	F	s	Dy	Co	17-8	N	N	11,4	73	100	+	0,37	Four
108	Ch. b. Mo.	38	11	F	D	Dy	Co	13-7	N	N	11,2	72	50	0		Zingage
109	Ab. b. Fr.	55	35	F	D	Dy	Co	15-9	N	Di	8,1	52	50	+		D. L.
110	Ma. b. Ha.	45	19	F	D	Dy	Co	12-6	N	N	12,5	80	0	+		»
111	Mo. b. Bo.	50	20	F	S	Dy	Co	15-9	N	Di	12,1	78	0	+		Zingage
112	Kl. b. Sa.	50	10	F	S	Dy	Co	15-8	N	N	9	58	0	0	0,43	»
113	Dj. b. Ah.	34	11	F	S	Dy	Co	13-8	N	N	9,6	92	5.400	+		Four
114	Sa. b. Mo.	51	22	F	S	Dy	Co	15-9	N	N	12	77	0	+		Bricolage
115	Am. b. Mo.	22	7	F	N	Dy	Co	14-9	N	N	12,9	83	0	0		Zingage
116	Al. b. Ab.	49	12	F	S	Dy	Co	17-8	N	N	11,9	75	0	+	0,50	»
117	Am. b. Mo.	55	20	F	S	Dy	N	17-8	D	D	10,2	65	400	+		Four
118	Be. b. Of.	36	15	F	S	Dy	N	13-7	N	N	9,6	52	1.700	+	0,50	Zingage
119	Mo. b. Al.	32	8	F	S	Dy	Co	15-10	N	Di	10	64	800	+		»
120	Sg. b. Am.	30	13	F	Edenté	Dy	Co	15-8	N	N				+		D. L.

N°	Noms	Age	Anémie	Fréquence d's accidents	Bouche	Estomac	Intestin	T.A.	Cœur	Réflexes	Hémoglobine		H.G.B.	Porphyrine	Urée	Zingage
											en grs	en %				
121	So. b. Al.	30	12	F	N	N	N	14-8	N	N	11,1	71	1.000	++		
122	Ta. b. Al.	40	16	F	N	N	N	13-8	N	N	12	77	0	++		
123	Ab. b. Ha.	46	5	F	N	N	N	13-7	N	N	13,4	86	/	+		
124	Mb. b. Kh.		5	F	S	N	N	12-7	Co	N	11,1	71	0	0		
125	Dj. b. Ha.	50	11	F	S	Dy	Co	15-9	Co	Co	9,4	60	200	+	0,62	»
126	Am. b. Mo.	40	15	F	S	Dy	Co	15-8	Co	N	10,1	65	200	+	0,56	»
127	La. b. Ah.	29	5	F	S	Dy	N	13-8	N	N	12	77	200	+		»
128	Ah. b. Mo.	33	10	F	S	Dy	Co	13-7	Co	N	14	90	0	0	0,49	»
129	Mo. b. Ah.	55	6	F	S	Dy	Co	15-9	Co	N	10,6	68	0	+	0,47	»
130	Mu. b. Al.	30	11	F	S	Dy	Co	14-8	Co	N	10	64	500	+		»
131	Ha. b. Al.	43	12	F	S	Dy	Co	11-7	Co	Di	12	77	50	+	0,42	»
132	Ta. b. Al.	30	2	3	S	N	N	12-7	N	N	9,4	60	300	+		»
133	La. b. Mo.	32	9	2	D	Dy	Co	11-7	N	Di	10,6	68	300	0		Four
134	Mo. b. Fe.	40	20	F	S	Dy	Co	18-12	Dys	Di	9,6	62	1.000	0	1,05	»
135	Br. b. La.	32	4	I	D	Dy	Co	13-8	Dys	Di	11,4	73	100	+		»
136	Mc. Bo.	56	8	F	S	Dy	Co	13-8	Co	Di	10,1	65	1.200	+		»
137	Ez. b. Sa.	44	7	F	N	N	N	12-7	N	N	11,2	72	1.250	0		D. L.
138	Sa. Bo.	45	19	F	S	N	Co	12-8	N	N	10,4	67	3.100	+	0,43	Zingage
139	Al. b. Am.	26	5	F	S	N	N	10-6	N	N	11,4	73	2.300	+		Four
140	Al. b. Sa.	33	1	F	N	N	N	15-8	N	N	10,2	65	200	+		»
141	Al. b. Ga.	46	9	F	N	N	Co	23-12	D	Di	9,2	59	50	0	0,46	»
142	Mo. b. Ah.	55	7	F	N	Dy	Co	15-9	N	N	9	58	6.000	+		»
143	Br. b. Ko.	42	22	F	S	Dy	Co	13-8	N	N	9,2	59	500	0		Four
144	Ho. b. Ma.	50	30	F	S	Dy	Co	15-8	D	Di	12,6	81	50	0		»
145	Ho. Be.	27	8	F	S	N	Co	13-7	N	N	11	71	1.650	+	0,38	»
146	Br. b. Mo.	39	7	F	S	N	N	11-7	N	Di	12,2	78	1.750	+		»
147	Ha. b. Al.	41	7	F	S	N	Co	17-11	N	N	9,6	62	3.000	+		»
148	Ho. b. Me.	55	8	F	S	Dy	Co	17-11	N	N	9	58	1.400	+		»
149	Es. b. Am.	40	21	F	S	Dy	Co	13-8	N	N	11,2	72	1.800	+		»
150	Al. b. Sa.	38	7	F	D	N	Co	17-11	D	Di	10,1	65	4.500	+		Zingage

No	Noms	Age	Ancienneté	Fréquence des accidents	Bouche	Estomac	Intestin	I.A.	Gout	Réflexes	Hémoglobine		H.G.B.	Porphyrine	Urée	Place
											en grs	en %				
151	Ab. b. La.	48	21	F	S	Dy	Co	13-8	N	Di	9	58	1.400	++	0,38	Four
152	Mo. Ch.	38	4	F	D	Ballonné	Co	14-8	N	Di	12,2	78	450	++		Echantillonnage
153	Hatt.	56	7	F	S	Dy	Co	16-9	N	Di	11	71	1.000	0	0,35	Four
154	Sa. b. Ha.	30	8	F	S	Dy	Co	15-8	N	N	11	71	0	0	0	Atelier
155	Sea. Re.	23	3	F	S	N	N	11-6	N	N	14,1	91	0	0	0	»
156	Kl. Mo.	26	5	F	N	N	N	14-8	N	N	13,8	89	0	0	0	»
157	Ha. b. Al.	50	14	F	S	Dy	Co	13-9	N	Di	9,2	59	0	0	0	Zingage
158	Mo. Lak.	37	10	F	S	N	N	13-8	N	N	13,6	86	0	0	0	»
159	Mo. b. H.	60	35	F	S	Dy	Co	16-8	N	N	10,8	69	400	0	0	»
160	Ab. b. Be.	30	6	F	N	N	Co	13-8	N	N	14,1	91	0	0	0	Atelier
161	Be. b. Yo.	30	5	F	N	N	N	14-5	N	N	12,2	78	3.000	++		»
162	Kh. Mh.	27	5	F	N	N	N	13-7	N	N	13,8	89	100	0	0	Epuration
163	Ba. b. Mo.	31	7	F	N	N	N	18-10	N	N	12,2	78	700	+	0,46	Atelier
164	Ah. b. Fr.	45	20	F	S	Dy	Co	14-8	N	N	9,9	64	0	0	0	»
165	Am. b. Am.	27	6	F	N	N	N	14-8	N	N	12,9	83	200	+		»
166	Ty. b. Mo.	50	30	F	S	Dy	Co	18-7	N	Di	9,4	60	0	++	0,70	Four
167	Kh. b. Br.	48	7	F	S	Dy	Co	12-8	N	N	10	64	1.000	++		»
168	Sa. b. Mo.	54	21	F	S	Dy	Co	15-9	N	Di	12,6	81	200	0		Bricolage
169	Mej. b. Mo.	55	19	F	S	Dy	Co	17-9	N	N	8	51	600	0		»
170	Mo. b. Ha.	42	11	F	S	Dy	Co	16-8	N	N	11,9	76	1.400	0	0,71	Atelier
171	Mo. b. Sa.	48		F	S	Dy	Co	14-8	N	N	71	1.600	1.400	++		Bricolage
172	Al. b. Dj.	22		F	S	N	N	12-7	N	N	12,5	80	500	++		Atelier
173	Ab. b. Mo.	45		F	S	Dy	Co	13-8	N	N	10,5	65	400	++		»
174	Mo. b. Ch.	30		F	S	N	N	14-8	N	N	10,6	68	0	+		Four
175	Sa. b. Mo.	50		F	S	Dy	Co	14-9	N	N	8,6	55	1.400	0		D. L.
176	Kil b. Mo.	23		F	S	N	N	13-8	N	N	77	77	300	++		Bricolage

F : Fréquent  
 S : Stomatite  
 D : Defectueuse  
 A : Muqueuse Anémique  
 N : Normal  
 Co : Colique de Plomb  
 Dy : Dyspepsie  
 Di : Diminué



Le pansement de marche

# ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

## CICATRISE



- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.  
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.  
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, Ph<sup>1</sup>, 76, r. des Rondeaux - PARIS

UN PANSEMENT DIGESTIF POLYVALENT

**PHOSPHATE**  
**D'ALUMINE**  
SOUS FORME DE **GEL VRAI**

**PHOSPHALUGEL** 2À4 CUILLERÉES À CAFÉ  
2À4 FOIS PAR JOUR

## INTERROGATOIRE

3 caractères nous ont paru les plus importants :

- 1° L'âge;
- 2° L'ancienneté;
- 3° La place occupée par le travailleur à l'intérieur de l'usine

## A) L'âge :

Les ouvriers sont tous de sexe masculin. Il n'y a pas d'enfant au travail. Les âges extrêmes sont 21 et 68 ans. L'âge moyen est de 42,4 années.

Le tableau suivant indique la répartition des travailleurs par rapport à leur âge :

Age	Nombre	Pourcentage
20 à 30 ans . . . . .	25	14,1 %
30 à 40 ans . . . . .	55	31,1 %
40 à 50 ans . . . . .	69	38,9 %
plus de 50 ans . . . . .	28	15,9 %

## B) L'ancienneté :

Elle est très variable, de 1 à 35 ans :

Ancienneté	Nombre	Pourcentage
moins de 5 ans . . . . .	34	19 %
5 à 10 ans . . . . .	62	36 %
10 à 20 ans . . . . .	48	26,6 %
plus de 20 ans . . . . .	32	18,4 %

## C) Poste occupé à l'usine :

Poste occupé	Nombre	Pourcentage
Four . . . . .	62	35,5 %
D. L. (grillage) . . . . .	18	10,1 %
Zingage . . . . .	55	31,4 %
Echantillonnage . . . . .	7	3,3 %
Garage . . . . .	2	1,1 %
Bricole . . . . .	17	9,6 %
Atelier . . . . .	16	9 %

Si l'on compare ce tableau au tableau N° 1, on pourra constater que la répartition des travailleurs examinés traduit assez fidèlement la répartition de l'ensemble des travailleurs de l'usine.

## EXAMEN CLINIQUE

Les ouvriers des fonderies sont soumis au danger d'une double intoxication professionnelle :

1° Intoxication due au dégagement des vapeurs arides d'anhydride sulfureux provenant du grillage, vapeurs qui sont insuffisamment évacuées.







I

A. ben Moh.

43 ans — 18 ans de travail

Stomatite saturnine

II

Esg. ben Ah.

34 ans — 12 ans de travail

Urée : 0,49 — H.G.B. : 3.200

Stomatite saturnine

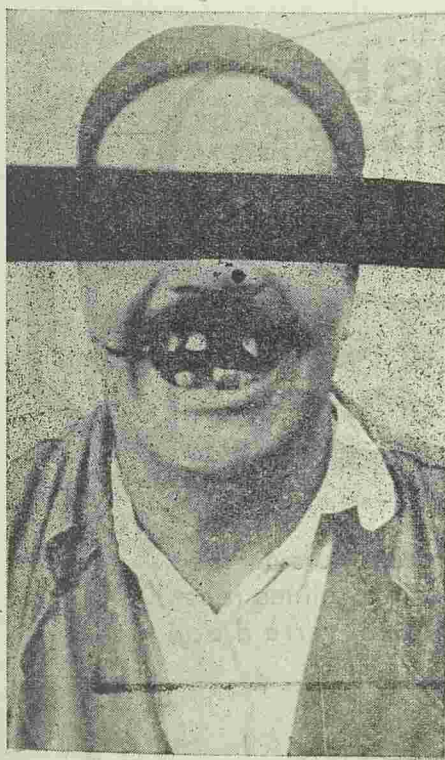
III

Moh. ben S. — 42 ans

12 ans d'ancienneté

Urée : 0,71 — H.G.B. : 1.400

Stomatite saturnine



**HYPERCHLORHYDRIE  
DYSPEPSIES NERVEUSES**

*Toutes  
gastralgies*

**KAOBROL**

**3** Formules

SIMPLE = TABLETTES

BELLADONÉ = POUDRE & TAB.

BISMUTHÉ = POUDRE

Laboratoires Joseph LAROZE, 56, Rue de Paris, Charenton (Seine,

**HÉPATISME  
ARTHRITISME**

*Cure de  
décholestérolisation*

**DECHOLESTROL**

1 PAQUET douze jours par mois  
matin et soir avant les repas  
dans un demi verre d'eau





TRIPLE ACTION

*antiphlogistique*

*anti-algique*



*urico-  
éliminatrice*

**ARTHROPATHIES RHUMATISMALES ou GOUTTEUSES**

**COLCHICINE · ASPIRINE  
· VITAMINE B<sub>1</sub> HOUDÉ**

DRAGÉES GLUTINISÉES  
Remboursé par la S. S.

LABORATOIRES HOUDÉ  
9, rue Dieu — PARIS (X<sup>e</sup>)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



Les 40 ouvriers hypertendus se répartissent ainsi quant à leur âge :

Age	Nombre	Pourcentage
entre 20 et 30 ans .. . . . . .	4	10 %
30 et 40 ans .. . . . . .	9	22 %
40 et 50 ans .. . . . . .	21	52 %
plus de 50 ans .. . . . . .	6	16 %

Quant à l'ancienneté à l'usine :

Ancienneté	Nombre	Pourcentage
moins de 5 ans de présence .. .	4	10 %
5 à 10 ans .. . . . . .	13	32 %
10 à 20 ans .. . . . . .	16	40 %
plus de 20 ans .. . . . . .	7	18 %

Le dosage de l'urée sanguine a été effectué dans 43 cas, particulièrement chez les ouvriers hypertendus.

31 fois il a été trouvé normal.

12 fois élevé plus de 0,50 g par litre de sérum avec un maximum de 1,05 g pour l'ouvrier N° 134.

Le nombre des hyperazotémiques est certainement plus élevé; plusieurs ouvriers bénéficiant au moment de l'enquête d'un congé de maladie en raison même de ce symptôme.

L'albuminurie étudiée dans plus de 50 cas n'a donné aucun résultat intéressant.

Si l'hypertension est relativement fréquente, elle n'entraîne que très rarement des désordres cardiaques. C'est ainsi que 13 hypertendus seulement sur 40 présentent à la radioscopie un cœur augmenté de volume, en particulier une hypertrophie ventriculaire gauche.

La dyspnée d'effort s'observe souvent, elle serait due particulièrement à l'anémie.

**Les résultats indiquent que les troubles du système cardio-vasculaire sont des accidents tardifs survenant le plus souvent chez des ouvriers âgés. Contrairement aux troubles digestifs qui se manifestent surtout parmi les ouvriers du grillage les insuffisances vasculaires et rénales s'observent davantage chez les ouvriers du Four et du Zingage.**

### TROUBLES NERVEUX

Le plomb est toxique pour le système nerveux. La littérature médicale est abondamment pourvue d'exemples d'encéphalopathie saturnine avec œdème de la papille, éclampsie, convulsions, de formes psychiques avec délire ou au contraire dépression. Nous n'en avons pas observé. Ces cas aigus relèvent de la médecine hospitalière. Nous n'avons retenu qu'un cas de paralysie radiale bilatérale et symétrique, ce qui ne veut



# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR

ONGUENT

OLÉO

INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.

SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice

du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

MODE D'EMPLOI : 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS

pas dire qu'il n'en ait pas existé davantage. Ces ouvriers ayant subi une diminution de leur capacité de travail avaient dû être amené à quitter leur travail avant la date de l'enquête.



Meft. b. Moh. - Obs. N° 169 — T. A. : 19  $\frac{1}{2}$ /14  
Urée : 0,77 — H.G.B. : 600 — Paralyse des extenseurs

**Observation N° 169.** — Meft. b. Moh., 42 ans, a travaillé au four pendant 15 ans sans présenter de troubles particuliers. Il y a 4 ans, des courbatures généralisées ont commencé à apparaître dans tous les membres en même temps qu'une atteinte profonde de l'état général avec anorexie et amaigrissement. Puis insidieusement et progressivement s'est manifesté une paralysie des extenseurs des 2 avant-bras qui a nécessité une hospitalisation de 19 jours en 1953. Actuellement présente en dehors de sa paralysie, une stomatite sévère avec liseré des céphalées importantes avec diminution de l'acuité visuelle et des signes indiscutables de néphrite saturnine. T. A. 19  $\frac{1}{2}$  /14. Urée : 0,77. Granulobasocytes : 600 par mm<sup>3</sup>. Il est encore employé à l'usine pour des travaux divers.

Les reflexes ont pu être étudiés chez tous les ouvriers. Ils ont été trouvés diminués 59 fois, soit environ dans 1/3 des cas.

Nous avons laissé de côté de nombreux autres signes qui nous ont paru de moindre importance : tels que les arthralgies, les douleurs rhumatismales, la goutte saturnine, les conjonctivites.

Mais le tableau clinique du saturnisme tel que nous l'avons esquissé, serait insuffisant et schématique, s'il n'évoquait pas à nouveau le signe fondamental de l'intoxication par le plomb, c'est-à-dire : l'atteinte profonde de l'état général avec amaigrissement, pâleur, teint « plombé », anorexie et inappétence sexuelle. La chute des 17 céstéroïdes dans 3 cas à 6,2 mgr, 4,1 et traces indosables, doit être mise en parallèle avec l'atteinte surrenallienne observée chez le lapin au cours de l'intoxication expérimentale par le plomb.





Etudions les variations de l'hémoglobine par rapport à l'ancienneté des travailleurs :

	Moyenne de l'hémoglobine
Ouvriers ayant moins de 5 de travail . . . . .	72 %
Ouvriers ayant 5 à 10 ans de travail . . . . .	72 %
Ouvriers ayant 10 à 20 ans de travail . . . . .	68 %
Ouvriers ayant plus de 20 ans de travail . . . . .	68 %

Les 40 ouvriers les plus anémiques (moins de 60 % d'hémoglobine) se répartissent ainsi :

	Nombre	Pourcentage
moins de 5 ans de travail . . . . .	6	15 %
de 5 à 10 ans . . . . .	10	25 %
de 10 à 20 ans . . . . .	15	37,5 %
plus de 20 ans . . . . .	9	22,5 %

La répartition des travailleurs dans l'usine nous donne des résultats plus intéressants encore, c'est ainsi que la moyenne de l'hémoglobine est de :

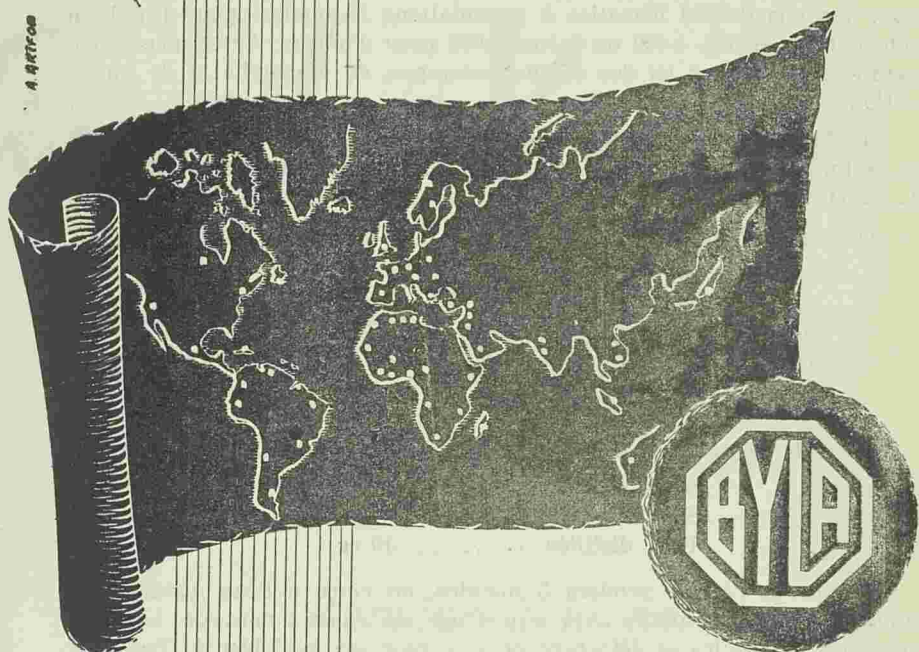
Four . . . . .	63 %
Zingage . . . . .	69 %
D. L. . . . .	67 %
Atelier . . . . .	81 %
Garage . . . . .	78 %
Bricole . . . . .	73 %
Echantillonnage . . . . .	76 %

Les 40 ouvriers dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 60 % se répartissent ainsi :

	Nombre	Pourcentage
Four . . . . .	20	50 %
D. L. (grillage) . . . . .	7	17,5 %
Zingage . . . . .	10	25 %
Echantillonnage . . . . .	0	0
Garage . . . . .	3	0
Bricole . . . . .	3	7,5 %
Atelier . . . . .	0	0

### LES GRANULOBASOCYTES

Depuis leur découverte par BEHREND en 1899, la présence d'hématies à granulations basophiles est considérée classiquement comme un test fidèle pour le diagnostic de l'intoxication par le plomb. Mais leur spécificité d'une part et la valeur de leur taux ont fait l'objet de controverses récentes. Des techniques différentes auraient donné des résultats contradictoires pour un même malade. Le taux limite de l'intoxication serait



**HORMONES**

**PARATYRONE**

Hormone parathyroïdienne

Flacons ponct. de 5 cm<sup>3</sup>

Boîtes de 6 ampoules de 1 cm<sup>3</sup>

Boîtes de 10 suppositoires

**VITAMINES**

**SCORBUMINE**

Vitamine C

Etui de 20 comprimés de 500 mg.

Boîtes de 6 ampoules à 100 mg.

Boîtes de 3 ampoules à 500 mg.

**TONIQUES**

**SURRASTHENINE**

Flacons de 125 et 250 cc.

pour les uns de 200 hématies à granulations basophiles pour 1 million d'hématies, de 500, 1.000 ou même 2.000 pour d'autres. Aussi nous excusera-t-on de donner ici des détails techniques de recherche et de numération.

L'étalement du sang doit être mince et homogène. Nous avons utilisé la technique de « fixation coloration » de MANSON-SCHWARZ modifiée par L. MULLER.

On utilise 2 solutions :

- A**      Acide borique : 2  
           Bleu de méthylène : 1  
           Eau distillée : 100 cc
- B**      Soude caustique : 0,28  
           Eau distillée : 100 cc

Le mélange colorant préparé au moment du besoin :

- Solution A . . . . . 6 gouttes  
 Solution B . . . . . 8 gouttes  
 Eau distillée . . . . . 10 cc

On fixe à l'alcool pendant 5 minutes, on rince à l'eau distillée, on colore pendant 5 secondes avec le mélange, on rince à nouveau. Les granulations basophiles se détachent en bleu noir sur fond bleuté. L'examen a été fait en fond clair au moyen d'un microscope Zeiss-Winkell bino-culaire standard. On utilise un objectif à immersion 100/1,30 et des oculaires 6,3 filtre bleu.

Le changeur de grossissement permet, sans changer d'objectif et de mise au point, d'examiner les détails.

Les Granulobasocytes sont de taille variable, le plus souvent macrocytaires à protoplasme souvent polychromatophiles. Nous faisons défiler un certain nombre de champs (50 à 100 champs environ), nombre déterminé qui correspond à 10.000 hématies environ. Le nombre des H. G. B. est multiplié par 100, et le chiffre donné pour 1 million de globules rouges.

Les H. G. B. comptés sont celles qui contiennent des granulations nettes (non poussiéreuses). La numération est délicate et nécessite un grand entraînement.

**Sur 177 ouvriers examinés, 123, soit 72 %, présentaient dans leur sang des H.G.B.**

Nous avons divisé les ouvriers en 3 catégories :

	Nombre	Pourcentage
1° pas de H.G.B. . . . .	49	27,9 %
2° de 0 à 1.000 H.G.B. . . . . (pour 1 million d'hématies)	82	46,6 %
3° plus de 1.000 H.G.B. . . . .	46	25,5 %



# Ampho-Vaccin Intestinal à ingérer

*Ramène à la normale  
le microbisme intestinal  
dévié  
sans détruire l'équilibre  
naturel  
de la flore intestinale*

## POSOLOGIE

CAS AIGUS : 2 à 4 ampoules par jour

CAS CHRONIQUES et AUTO-INTOXICATIONS

1<sup>re</sup> semaine : 2 ampoules par jour

2<sup>me</sup> semaine : 1 ampoule par jour

3<sup>me</sup> semaine : 1 amp. tous les 2 jours

**LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE**

TUNISIE : SPÉCIMÉDHY - 37, Rue d'Isly - TUNIS

# BIPÉNICILLINE DIAMANT



dosage pratique

injection facile

PARVILLEE

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE

67 boulevard Haussmann - Paris 8<sup>e</sup> - ANJ. 46.30

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

Ainsi donc, 1 ouvrier sur 4 en activité de travail, a plus de 1.000 H.G.B. pour 1 million d'hématies, chiffre considéré pour la plupart des auteurs comme la limite de l'intoxication saturnine.

Ces ouvriers se répartissent ainsi :

	Nombre	Pourcentage
moins de 5 ans de travail . . . . .	1	2,1 %
de 5 à 10 ans . . . . .	27	58,7 %
de 10 à 20 ans . . . . .	10	21,7 %
plus de 20 ans . . . . .	8	17,5 %

Le chiffre moyen des H. G. B. est le suivant pour les ouvriers du :

Four . . . . .	1.280
Zingage . . . . .	679
D. L. (grillage) . . . . .	397
Atelier . . . . .	406
Bricole . . . . .	331
Echantillonnage . . . . .	107
Transport . . . . .	0

### COPROPORPHYRINURIE

L'existence des porphyrines et en particulier de la coproporphyrine III, dans l'urine de saturnins, signalée dès la fin du siècle dernier, a été définitivement confirmée depuis les travaux de FISHER et de WATSON. Aujourd'hui ce test est largement utilisé en particulier aux U.S.A., pour le diagnostic précoce du saturnisme.

Nous l'avons recherché d'une façon systématique. La technique que nous avons utilisé est celle de HARLAY et MALANGEAU (Journal de Pharmacie et de Chimie 1939, XXV, 8 p. 65), modifiée par SENNELART.

Urine . . . . .	20 cc
Acide acétique . . . . .	20 gouttes
Ether . . . . .	2 cc

On agite on bouche. On laisse reposer 1 heure, on examine en lumière de Wood l'émulsion sumageante. Comme nous ne disposons ni d'un fluoromètre, ni d'un spectrophomètre, nous n'avons pas pu effectuer de dosage. Nous avons dû nous contenter d'une approximation semi-quantitative.

Les résultats ont été les suivants :

	Ouvriers	Pourcent.
Moins de 50 gamma de coproporphyrinurie . . . . .	68	39 %
Coproporphyrinurie faible (+) 50 à 100 gamma env.	46	26,4 %
Coproporphyrinurie moyenne (++) de 100 à 500 gamma	30	17,3 %
Coproporphyrinurie forte (+++) plus de 500 gamma	30	17,3 %



*le ferment vivant*

**VIVACIDOL**

**RÉGÉNÈRE** *la flore de défense*  
et  
**NORMALISE** *le milieu intestinal*

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquín - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros — TUNIS — Tél. 282.090

Les 60 travailleurs ayant une coproporphyrinurie forte ou moyenne se répartissent ainsi :

	Nombre	Pourcentage
moins de 5 ans d'ancienneté ..	15	25 %
de 5 à 10 ans .. . . . . .	24	40 %
de 10 à 20 ans .. . . . . .	16	26,6 %
plus de 20 ans .. . . . . .	5	8,4 %

	Nombre	Pourcentage
Four .. . . . . .	30	50 %
Zingage .. . . . . .	12	20 %
D. L. (grillage) .. . . . . .	7	11,7 %
Atelier .. . . . . .	5	8,3 %
Transport .. . . . . .	1	1,7 %
Echantillonnage .. . . . . .	1	1,7 %
Bricole .. . . . . .	4	6,6 %

En conclusion, le taux de la coproporphyrinurie III urinaire reste très élevé chez les ouvriers de la Fonderie de Mégrine. Il ne paraît pas être en relation avec l'ancienneté du travailleur et paraît être même d'apparition plus précoce que celui de granulobasocytes. Enfin, il semble se produire plus souvent et de façon plus intense chez les ouvriers travaillant aux postes les plus exposés : Four — Zingage — Grillage (phénomène que nous avons déjà observé à propos des granulobasocytes).

#### Valeur comparative des signes biologiques entre eux

Les valeurs du test de recherche de H. G. B. et du taux de l'hémoglobine ont été souvent comparés et les auteurs sont partagés quant à leur intérêt dans le dépistage du saturnisme. Les uns (DESOILLE, TARA, VACHER, GILLON) accordent leur préférence à la numération globulaire ou au dosage de l'hémoglobine, d'autres (ALBAHARY, GAUTHIER, HADENGUE, COLIN, DUVOIR, FABRE) donnent la priorité à la recherche des hématies ponctuées.

La plupart (LANE en particulier), attachent une grande importance au dosage de l'hémoglobine, ce qui semble justifié. Une diminution du taux de l'hémoglobine accompagne toujours, quand elle ne le précède pas, une diminution des hématies. Le dosage est rapide, précis et peut être utilisé comme test de dépistage systématique.

Les résultats que nous avons obtenus montrent qu'il peut ne pas y avoir parallélisme entre les taux de l'hémoglobine et des H.G.B.

	H. G. B.	H. B.
Exemples cas N° 13 .. . . . . .	5.200	80 %
161 .. . . . . .	3.000	78 %
39 .. . . . . .	0	60 %
56 .. . . . . .	100	47 %

Prescrivez maintenant

# STEARATE d'ERYTHROCINE

(STEARATE D'ERYTHROMYCINE *Abbott*)

l'antibiotique "ACTUEL"

Comprimés à 0,1 gr.  
(sous pellicule cellulosique)



Posologie : 0,8 à 2 gr. par jour  
enfants, 30 mgr/kilo

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE n'est pas détruit par le  
suc gastrique.

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE donne une concentration  
sanguine antibiotique QUATRE FOIS  
PLUS RAPIDE que les anciennes  
dragées.

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE permet l'absorption  
aisée du comprimé tel que ou écrasé  
(enfants, certains malades).

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE ne perturbe guère la  
flore intestinale, a peu d'effets secondaires  
et contre les infections à cocci  
et notamment les souches résistantes,  
EST ACTIF.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES *Abbott*  
44, RUE BEAUMARCHAIS, MONTREUIL-SOUS-BOIS (SEINE) — TÉLÉPHONE : AVRON 47-77

Le Pub. Méd. ORSONS

NOUVEAU DOSAGE : Comprimés à 200 mg  
sous pellicule cellulosique

TUNISIE : J. BERREBBI — 81, Avenue de Londres - TUNIS.



Cependant en général les deux tests varient dans le même sens.  
La moyenne de l'H. B. pour les ouvriers n'ayant pas d'H. G. B. : 73 %  
La moyenne de l'H. B. pour les ouvriers ayant plus de 1.000 H.G.B. : 63 %

La comparaison des chiffres d'H. G. B. et de coproporphyrinurie révèle également des discordances importantes :

	H. G. B.	Coproporphyrinurie
En cas N° 64 . . . . .	0	+++
160 . . . . .	0	+++
175 . . . . .	1.400	0

Cependant dans 49 cas les résultats sont absolument concordants et la moyenne des H. G. B. pour les ouvriers n'ayant pas de coproporphyrinurie : 273; ayant une coproporphyrinurie : +++ = 1.450.

**En conclusion** nos chiffres confirment les observations de Duvour et de ses collaborateurs selon lesquels une porphyrinurie supérieure à 100 gamma s'accompagne (à quelques exceptions près) de la présence significative d'hématies ponctuées dans le sang périphérique.

Les discordances observées montrent cependant que l'élimination de porphyrine au cours du saturnisme n'est pas la conséquence de la déglobulisation mais paraît déterminée par une synthèse directe. (Elle résulterait d'après les travaux les plus récents d'un métabolisme anormal de l'hémoglobine qui au lieu de donner des pigments biliaires donnerait des porphyrines).

### RELATIONS ENTRE LES SIGNES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

Cette enquête serait incomplète si elle ne comparait pas les résultats donnés par la clinique d'une part et le laboratoire d'autre part :

#### 1° Etude des signes bucaux et des signes biologiques

Les 46 ouvriers dont le sang contient plus de 1.000 H. G. B. pour 1 million d'hématies se répartissent ainsi :

	Nombre	Pourcentage
Bouche normale . . . . .	5	10,8 %
Bouche défectueuse . . . . .	15	32,6 %
Stomatite . . . . .	26	56,6 %

Les 60 ouvriers présentant une élimination urinaire de coproporphyrinée testée à ++ ou +++ se divisent ainsi :

	Nombre	Pourcentage
Bouche normale . . . . .	7	11,6 %
Bouche défectueuse . . . . .	27	45 %
Stomatite . . . . .	26	43,4 %

Le taux moyen des H. G. B. est de 321 chez les ouvriers ayant une bouche normale, de 504 chez les ouvriers ayant une stomatite.

Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Streptococcies Streptococcies Streptococcies  
Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Pneumococcies Pneumococcies Pneumococcies  
Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Entéroccoccies Entéroccoccies Entéroccoccies  
Staphylococ Staphylococ Staphylococ  
Strept Strept Strept

# ROVAMYCINE

5337 R.P. SPIRAMYCINE

découverte des laboratoires de recherches  
RHÔNE-POULENC

## ANTIBIOTIQUE DE SÉCURITÉ

Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Streptococcies Streptococcies Streptococcies  
Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Pneumococcies Pneumococcies Pneumococcies  
Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Entéroccoccies Entéroccoccies Entéroccoccies  
Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Streptococcies Streptococcies Streptococcies

### LA ROVAMYCINE

**RESPECTE LA FLORE  
INTESTINALE UTILE**

Flacons de 20 comprimés  
vernis dosés à 250 mg

Remboursable par la  
Sécurité Sociale



Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Entéroccoccies Entéroccoccies Entéroccoccies

## 2° Signes digestifs et signes biologiques

Sur 46 ouvriers ayant plus de 1.000 H. G. B., 35, soit 76 %, ont souffert de coliques de plomb. De même 60 % des travailleurs ayant une coproporphyrinurie testée à ++ +.

## 3° Signes cardio-vasculaires et signes biologiques

Sur 46 travailleurs ayant plus de 1.000 H. G. B./1 million :

	Nombre	Pourcentage
Tension normale . . . . .	27	58,6 %
Tension peu élevée . . . . .	11	23,9 %
Tension élevée . . . . .	8	17,5 %

Sur 60 travailleurs ayant une coproporphyrinurie à ++ ou +++ :

	Nombre	Pourcentage
Tension normale . . . . .	30	50 %
Tension peu élevée . . . . .	16	26,6 %
Tension élevée . . . . .	14	23,4 %

## 4° Signes nerveux et signes biologiques

34 ouvriers sur 46 ayant plus de 1.000 H. G. B., soit 74,7 % présentent une diminution des réflexes.

40 ouvriers sur 60 ayant une coproporphyrinurie à ++ ou +++ , soit 66,7 % présentent une diminution des réflexes.

**En conclusion**, nos chiffres confirment les observations de DUVOIR et lisme entre la clinique et la biologie. Cette constatation peut paraître surprenante de prime abord. En réalité elle ne l'est pas si l'on se souvient que les signes cliniques que nous avons retrouvés sont souvent l'aboutissement d'une **évolution dans le temps** de l'intoxication alors que les signes biologiques traduisent au contraire une intoxication **présente** au moment de l'examen. Il ne faut pas, d'autre part, oublier que le métabolisme du plomb dans l'organisme est un phénomène encore mystérieux et peu connu, qu'en dehors des variations individuelles dans l'absorption du toxique, le métal peut se fixer et se libérer de façon imprévue comme le prouve en particulier l'observation de saturnismes occultes apparaissant après plusieurs années d'interruption de tout travail dangereux.



**NEURINASE**  
SOLUTION · COMPRIMÉS · SUPPOSITOIRES

*amorce le  
sommeil naturel*

VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

*Nouvelle  
Forme:  
Suppositoires*

**ALEPSAL**  
COMPRIMÉS · SUPPOSITOIRES

PHÉNOBARBITAL · BELLADONE STABILISÉE · CAFÉINE

10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1½ Cg. DYSTONIES

*simple, sûr, sans danger*

*Remboursés Sécurité Sociale*

**LAB. GÉNÉVRIER**  
45, Rue Michelis  
NEUILLY-PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS

# OPOBYL BAILLY

Cholérétiques végétaux  
Extraits hépatiques  
et biliaires.

*Affections hépatiques  
Constipation*

*1 à 2  
pilules  
aux repas*

LABORATOIRES **A. BAILLY** · SPEAB ·  
19, RUE DU ROCHER PARIS ·

Agents pour la TUNISIE  
**M.M. VALENZA & C<sup>IE</sup>**  
36, Rue Thiers — TUNIS

### CONCLUSIONS GENERALES

Les chiffres publiés sont suffisamment éloquentes par eux-mêmes. Ils appellent cependant un certain nombre de remarques :

**1° A la Fonderie de Plomb de Mégrine,  
le taux de l'intoxication saturnine est très élevé**

Nous avons noté :

- 63,3 % de cas de stomatite;
- 62 % de troubles dyspeptiques;
- 63 % de coliques de plomb;
- 22,7 % de cas d'hypertension nette;
- une moyenne générale de l'hémoglobine égale à 69 %;
- 22,1 % des ouvriers avec un taux d'hémoglobine inférieur à 60 %;
- 25,5 % des ouvriers avec plus de 1.000 H. G. B. pour 1 million d'hématies;
- 35,6 % des ouvriers avec une coproporphyrinurie élevée.

Rappelons que ces chiffres ne concernent que des ouvriers en activité, que nos résultats ne tiennent pas compte des travailleurs en congé de maladie, qu'entre le 1<sup>er</sup> juin 1954 et le 1<sup>er</sup> juin 1955, 101 déclarations d'assurance pour maladie professionnelle ont été enregistrées, sans compter les ouvriers non déclarés et en « congé de prévention ».

**2° Les rechutes sont extrêmement fréquentes**

155 ouvriers, soit plus de 90 % des ouvriers examinés, affirment avoir eu des rechutes très fréquentes.

**3° Les signes digestifs et buccaux sont particulièrement importants**

Ceci semble dû à l'intoxication secondaire par les vapeurs acides d'anhydride sulfureux provenant du grillage.

4° Les postes où les ouvriers paraissent les plus atteints sont : le Four, le Grillage et le Zingage.

5° Le saturnisme n'atteint pas de la même façon, les travailleurs de même âge placés dans les mêmes conditions de travail.

6° Il n'y a pas de parallélisme entre les signes cliniques et biologiques et pas toujours concordance entre les signes biologiques eux-mêmes. Les signes de laboratoire existent au cours de l'intoxication aiguë ou subaiguë, ils peuvent manquer chez un sujet qui présente un saturnisme ancien.

### LES CAUSES DE L'INTOXICATION SATURNINE

S'il résulte de notre enquête, que le taux de l'intoxication saturnine parmi les travailleurs de la Fonderie de Plomb de Mégrine reste très élevé, il nous appartient d'essayer d'en déceler les causes :

1° Elles tiennent en premier lieu à l'insalubrité de l'usine et à l'absence de règles individuelles et collectives, qu'il est possible d'y constater. Il ne nous a malheureusement pas été possible de visiter la fonderie, mais les travailleurs sont unanimes à relater qu'ils sont soumis presque con-

LABORATOIRES A. LE BLOND  
M<sup>LE</sup> CAIMENT - LE BLOND Pharmacien  
15, Rue Jean Jaurès - PUTEAUX (Seine)  
TÉL. LON. 07-36



**PYUROL**  
SYNDROME ENTÉRO-RÉNAL  
(Granulé soluble)

**ORTHO-GASTRINE**  
BOURGET CITRATÉ (Paquets-Dose)

**ORTHOPHORINE**  
FORMULE DE JOULIE  
Acide phosph. granulé

Remboursés par  
la S.S.

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

# OPTALIDON

*Le sédatif de choix de la douleur*



DRAGÉES

SUPPOSITOIRES

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8<sup>e</sup>



DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS



tinuellement à un bain de fumée et de vapeur de plomb (en particulier, au Four, D. L. et Zingage). Les aspirateurs de fumée réinstallés depuis 3 ans environ, ne sont pas assez puissants pour assainir l'atmosphère. A certaines heures, par exemple, les vapeurs sont si denses que les ouvriers ne peuvent voir à plus de 2 mètres. Le sol, en terre battue, n'est pas cimenté et les murs ne sont jamais nettoyés. Les ouvriers prennent presque toujours leur repas sur les lieux de travail. Ils fument, boivent leur thé sans quitter leur poste. Certes un réfectoire indépendant (prévu d'ailleurs par les Conventions Collectives de 1936) a été organisé, mais il n'est fréquenté en réalité que par les ouvriers des services annexes.

La direction de l'usine distribue chaque année des costumes de travail aux ouvriers, mais rares sont ceux qui changent de vêtement avant de regagner leur domicile. Très récemment, chaque travailleur de poste a pu disposer d'un masque antipoussière, mais il ne l'utilise le plus souvent pas. Les douches existent, mais ne sont pas fréquentées à un rythme nécessaire.

2° A l'insalubrité de l'usine, s'ajoute l'absence d'une médecine préventive organisée.

La surveillance médicale des travailleurs est confiée au médecin de la Compagnie d'Assurance qui, en vertu de la loi du 24 juillet 1952, couvre les risques de la maladie professionnelle. Les ouvriers sont astreints à une visite médicale d'embauche qui permet de sélectionner les plus résistants d'entre eux, que l'on soumet à un travail d'essai.

Depuis 1934, une infirmerie a été créée à l'usine même où le médecin reçoit 3 ou 4 fois par semaine. Il examine les travailleurs qui se déclarent malades, fixe la durée du congé après avoir demandé un certain nombre d'examen de laboratoire, prescrit les médicaments. Pendant la durée du congé, il examine à une ou plusieurs reprises les ouvriers atteints et également une fois avant la reprise du travail. Il n'effectue pas de visite périodique, systématique, des ouvriers en activité.

Cette médecine « réparatrice » donne des résultats très insuffisants. En effet, en matière de saturnisme, la thérapeutique est décevante. Certes il est possible d'atténuer les crises aiguës au moyen d'Atropine, de Belladone, de Calcium intraveineux, médication classique à laquelle on peut ajouter du **Largactyl**. Le médecin pourra recommander un régime alimentaire équilibré, prescrire des laxatifs, lutter contre l'anémie au moyen de médicaments à base de fer, d'extraits hépatiques et de complexes vitaminés B. Le B.A.L. utilisé souvent, a le pouvoir de mobiliser le plomb dans l'organisme. Son emploi doit être surveillé avec beaucoup de prudence, car il provoque des accès douloureux, des poussées hypertensives et même des crises nerveuses.

Quant au lait, très utilisé autrefois, il n'est plus donné aujourd'hui qu'à titre alimentaire.

**La thérapeutique du saturnisme doit être avant tout préventive.** Elle consiste en particulier à observer et à faire observer un certain nombre de règles d'hygiène collective et individuelle et surtout à pratiquer des

# CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne

Altitude : 400 m.

---

SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

400 km. de Paris — Voitures directes — Express Thermaux  
Paris et Marseille — Aérodrome d'Aulnat

---

**CHATEL GUYON** possède les eaux les plus riches du Monde en chlorure de magnésium assimilable.

**CHATEL GUYON** guérit l'intestin, constipation, colites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

La cure de **CHATEL GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges.

Elle guérit l'anaphylaxie et remonte l'état général.

**CHATEL GUYON** lutte contre la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

**CHATEL GUYON** est cholagogue, combat l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire, éclaircit le teint et guérit les entérites coloniales.

**CHATEL GUYON** est la Station idéale pour combattre l'amibiase.

**CHATEL GUYON**, par son chlorure de magnésium, prévient les tumeurs, tonifie et vitalise l'organisme.

Ses installations complémentaires inédites permettent de donner avec succès des soins gynécologiques, rhino-pharyngés, etc... cellulite.

## OBSERVATIONS

**CHATEL GUYON** a su se placer au premier rang du Thermalisme Mondial grâce aux modernisations et aux installations nouvelles, en partie inédites, entreprises depuis la Libération.

**CHATEL GUYON** a trouvé la récompense de ses efforts dans le succès toujours croissant qu'elle connaît.

**CHATEL GUYON** « est à l'avant garde du progrès », a pu écrire un membre de l'Académie de Médecine, le 14 août 1954, après visite des installations.

---

**Renseignements** : Société des Eaux Minérales et des Etablissements Thermaux — Grands Thermes — CHATEL GUYON

Synergie

ANALGÉSIQUE

ANTI-THERMIQUE

et

ANTI-INFECTIEUSE

ASPIRINE **B1.C**  
vitaminée **DEROL**

**FORMULES**

COMPRIMÉS

{ Ac. acétylsalicylique... 0,40 g.  
Ac. ascorbique (Vit. C) 0,02 g.  
Chlor. d'aneurine..... 0,002 g.  
(Vit. B<sub>1</sub>)

SUPPOSITOIRES

	<b>A</b>	<b>E</b>
{ Ac. acétylsalicylique... 0,80 g.	0,20 g.	
{ Ac. ascorbique (Vit. C) 0,04 g.	0,02 g.	
{ Chlor. d'aneurine..... 0,004 g.	0,002 g.	
(Vit. B <sub>1</sub> )		

ARTHRALGIES, RHUMATISMES, SCIATIQUES,  
LUMBAGOS, NÉVRALGIES, NÉVRITES,  
DOULEURS DENTAIRES, ZONA, CÉPHALÉES,  
MIGRAINES, ÉTATS FÉBRILES et INFECTIEUX.

Remboursé par la Sécurité Sociale

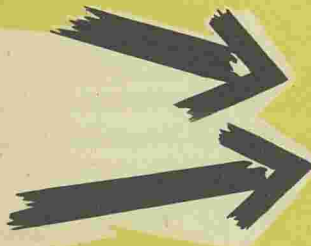
Société d'Exploitation des  
**LABORATOIRES DEROL**  
Service des Relations Médicales  
441er Rue de Valenciennes PARIS 11e



# RECTOSEPTAL PÉNICILLINE



**Pénicillothérapie active** par voie rectale  
grâce à l'inhibition des  
pénicillinases du colibacille  
par le...



**LAURYSULFATE DE SODIUM**  
ET LE  
**PHTALYLSULFATHIAZOL**

**3 dosages**

100.000 et 200.000 U. O.

**et un dosage fort**

500.000 U. O.

méthodes de dépistage qui permettront la surveillance et, s'il le faut, l'éviction de certains ouvriers atteints avant le stade des accidents. Les auteurs sont aujourd'hui unanimes à affirmer qu'en cas d'intoxication récente, chez un sujet convenablement surveillé, la guérison est progressive et spontanée; par contre, si l'exposition au saturnisme se prolonge, la rétrocession est beaucoup plus lente; les lésions deviennent irréversibles et laissent subsister des séquelles sévères.

3° L'insuffisance de l'hygiène et des moyens prophylactiques ne saurait suffire à expliquer l'ampleur de l'atteinte saturnine si l'on n'évoquait pas l'**insuffisance du niveau de vie des travailleurs**. L'insuffisance des salaires (42 heures de travail par semaine à 72 francs de l'heure), le poids des charges familiales, les mauvaises conditions de logement, le déséquilibre de la ration alimentaire (responsable en grande partie de la gravité des troubles digestifs et bucaux observés), créent un terrain propice à l'atteinte du toxique.

Bien plus, le faible niveau des salaires entraîne une fraude de la maladie qui peut sembler paradoxale : l'ouvrier à qui la Compagnie d'Assurances n'accorde pendant son congé de maladie que la moitié de son salaire, a souvent tendance à cacher son mal ou à se représenter au travail avant la guérison complète, ce qui entraîne des rechutes nombreuses.

4° Enfin, les risques encourus sont ignorés, le plus souvent, par les travailleurs eux-mêmes, si bien qu'ils n'utilisent pas les moyens de protection déjà insuffisants que la direction de l'usine a pu mettre à leur disposition.

### LEGISLATION DU SATURNISME

Les ravages causés par le saturnisme n'ont d'ailleurs pas été ignorés seulement par les ouvriers du plomb, ils l'ont été bien longtemps par le législateur lui-même, puisqu'il faut attendre juillet 1952 pour voir publier en Tunisie, le premier texte officiel concernant les maladies professionnelles. (10)

En effet, le décret du 24 juillet 1952 (2 Douk Kaada 1371) rend obligatoire l'assurance contre les Accidents de Travail et les Maladies Professionnelles pour tout employeur et exploitant.

Le décret du 18 février 1954 (14 Djoumara II 1373) (J.O.T. du 19 février 1954), publie la liste des maladies professionnelles auxquelles est applicable le décret précédent. Il s'agit de maladies énumérées dans les tableaux annexés au décret français du 31 décembre 1946, modifié ou complété par les décrets du 16 mars 1948, du 9 février 1949 et du 3 octobre 1951 en particulier. Ces maladies sont indemnisables. Le décret beylical rend obligatoire, d'autre part, sous peine d'amende, la déclaration de toute maladie professionnelle; elle oblige les chefs d'entreprise à inscrire sur un registre spécial le nom des ouvriers susceptibles d'être atteints et sollicite même du corps médical, la déclaration de toute maladie professionnelle non inscrite dans les tableaux annexés. (11)

(10) A la suite notamment d'un vœu voté au cours de la 6<sup>e</sup> réunion du groupe d'étude médico-sociales.

(11) Voir en appendice le tableau qui concerne le Saturnisme.

HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
"ROCHE"

9 = 1  
*vitamines*                      *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans* : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).

*Au delà de 2 ans* : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.

Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).

PRODUITS "ROCHE" S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4<sup>e</sup>



Ainsi donc la Tunisie est dotée depuis 3 ans, d'une législation des maladies professionnelles et plus particulièrement du saturnisme, mais cette législation n'intéresse que la réparation de la maladie. Réclamée pendant longtemps par les syndicats ouvriers, son application fut malheureusement loin de répondre à leurs désirs. Amputée, en effet, de toute la partie « préventive » de la loi française, elle n'aboutit aucunement à diminuer le nombre des intoxiqués. Bien plus, elle eut souvent comme conséquence une aggravation de la condition des travailleurs malades.

Par exemple, avant la loi de juillet 1952, la Compagnie d'Assurances indemnisait les ouvriers dont le sang contenait un chiffre d'H. G. B. supérieur à 250 pour 1 million. Ce chiffre fut d'ailleurs porté par la suite à 500 après la visite d'un médecin inspecteur de France. Depuis l'application des tableaux, la Compagnie d'Assurances n'accepte d'indemniser que les travailleurs atteints d'anémie saturnine confirmée ou d'hyperazotémie.

En France, au contraire, les mesures préventives constituent la partie la plus importante de la législation en vigueur. Ces mesures ont fait l'objet d'une législation très abondante qui a abouti au décret du 11 décembre 1948 qui précise les précautions générales et individuelles destinées à prévenir l'intoxication professionnelle par le plomb.

#### **Prévention générale.**

Les travaux susceptibles de dégager des vapeurs plombifères seront effectués à l'air libre ou dans des locaux séparés des autres ateliers. Des dispositifs d'aspiration efficaces capteront les vapeurs nocives.

Les travaux donnant lieu à un dégagement de poussières, devront être effectués dans des appareils étanches ou porteront sur les matières humides. Dans l'impossibilité de réaliser techniquement ces précautions, l'installation de dispositif d'aspiration efficace sera obligatoire.

Les tables où est manipulé le plomb, doivent être imperméables ainsi que les murs et le sol. Ce dernier devra être incliné dans la direction d'un dispositif d'évacuation ou de récupération des composés du plomb.

Les tables, le sol et les murs de l'atelier seront nettoyés journallement par lavage ou aspiration mécanique.

#### **Prévention individuelle.**

Il est interdit aux ouvriers de manger, boire ou fumer dans les ateliers. Les vestiaires doivent comporter une armoire avec compartiment spécial pour vêtement de travail. Il est recommandé que les vestiaires soient divisés en 2 locaux séparés : l'un réservé aux vêtements de travail, l'autre aux vêtements de ville séparés par la salle de douche et des lavabos qui seront mis obligatoirement à la disposition des travailleurs. L'employeur doit leur fournir du savon, des serviettes et une brosse à ongles individuelle. Il doit même, lorsque les circonstances l'exigent, fournir une combinaison de travail hermétique, une coiffure, des gants en matière imperméable, des bottes et des chaussures de travail. Le temps passé à la douche est rémunéré comme temps de travail normal.

Nouveau

# AMŒBAL

MERCAPTO-ARSENICAL

(ARSENIC ORGANIQUE TRIVALENT EN LIAISON CHIMIQUE AVEC SON ANTIDOTE LE B.A.L.)

*ce  
nouvel anti-amibien  
de toxicité infime*

RÉNOVE  
LA THÉRAPEUTIQUE DES FORMES  
SUBAIGUËS et CHRONIQUES

*Efficacité maximum  
en un temps minimum*

5



COMPRIMÉS  
PAR JOUR

PENDANT

5

JOURS

chaque comprimé  
contient 100 millig.  
d'AMŒBAL

TORAUDE

AMŒBAL

- ▶ s'administre à PETITES DOSES  
10 millig./K. par jour - MAXIMUM 500 millig. par 24 h.  
en une seule prise, le matin avant le petit déjeuner
- ▶ négative les selles en CINQ JOURS
- ▶ ne provoque pas de réactions secondaires
- ▶ présente un large éventail d'activités  
AMIBIASES SUBAIGUËS ou CHRONIQUES  
LAMBLIASES — BALANTIDIASES  
TRICHOMONASES INTESTINALES — PIAN

Enfin, l'ouvrier doit utiliser les vêtements de travail mis à sa disposition, enlever ses vêtements à la fin du travail, se laver soigneusement les parties du corps souillées et plus particulièrement les mains, se brosser les ongles qui doivent être taillés court, se rincer la bouche avant chaque repas, se nettoyer le nez avec un coton humide, éviter les boissons alcooliques et ne manger et boire qu'en dehors des ateliers et après toilette soignée. (Arrêté du 12 décembre 1948).

Enfin, le **dépistage médical** précoce du saturnisme est un des éléments essentiels de la prophylaxie de cette intoxication.

Il doit comporter :

1° A l'embauchage, l'élimination de tous les sujets présentant une affection pouvant être aggravée par le plomb.

2° Le dépistage du saturnisme, non seulement par les signes cliniques, mais surtout par les examens biologiques.

Il est recommandé entre autres, de placer sous surveillance spéciale les sujets présentant un ou plusieurs symptômes d'alarmes suivants :

- Liseré de Burton;
- Troubles gastro-intestinaux;
- Anémie légère.

L'examen biologique doit comporter, une numération globulaire, une recherche des H. G. B., un dosage d'urée et, si possible, un dosage de plomb dans le sang et les urines.

Sont considérés comme suspects, les ouvriers présentant un ou plusieurs signes suivants :

- plus de 10 H.G.B. pour 100 leucocytes;
- une plomburie supérieure à 80 gamma pour 100 cc;
- une plomburie supérieure à 20 gamma par litre.

**En matière curative**, en France, le saturnisme (comme les autres maladies professionnelles) est régi par la loi du 30 octobre 1946.

La Sécurité Sociale en a la charge depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1947. Les malades ont droit aux soins qui sont remboursables aux médecins, au tarif des Assurances Sociales avec une différence cependant : ceux-ci sont honorés par les caisses de Sécurité Sociale et non par les malades. Les soins sont gratuits et comportent la gratuité des médicaments.

Si le malade est obligé d'interrompre son travail, il a droit à une indemnité journalière : la moitié du salaire les 28 premiers jours, ensuite les 2/3.

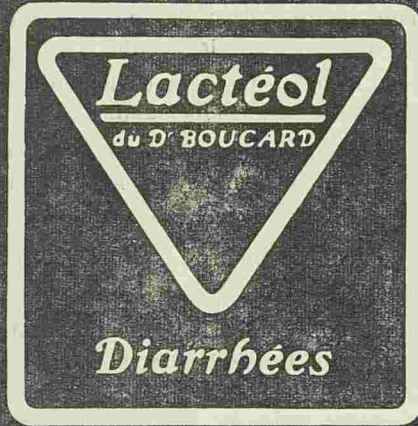
La législation française fixe également le calcul de la rente en cas d'incapacité permanente. Le travailleur a droit non seulement à la rente mais aussi à une réadaptation fonctionnelle ainsi qu'à un reclassement professionnel.

L'application des mesures préventives a abouti à un net recul du saturnisme en France.



30, Rue Singer PARIS (XVI)

40 ans de résultats cliniques



Pour éviter les troubles due aux  
Antibiotiques par voie buccale  
donner en même temps le Lactéol  
(Total Lactéol: 5 cuillère ou 1 ampoule 3 fois par jour)

En 1952, 302 cas seulement de saturnisme ont été déclarés sur l'ensemble du territoire (d'après une statistique de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale). Au Maroc, depuis la promulgation des textes assurant la réparation et la prévention du saturnisme professionnel, la situation s'est beaucoup améliorée.

Il peut en être de même en Tunisie, si les autorités chargés de la santé des travailleurs (Ministère des Affaires Sociales, Ministère de la Santé Publique), consentent à prendre un certain nombre de mesures dont nous indiquons les principales :

1° **Visite des usines**, ateliers, mines où sont manipulés le plomb et ses dérivés par une Commission médicale.

2° Créer au Ministère des Affaires Sociales un **département d'Hygiène du Travail** dont la tâche principale sera de promulguer une législation tunisienne préventive des maladies professionnelles calquée, par exemple, sur la loi française du 11 décembre 1948.

3° **Appliquer en Tunisie un régime de Sécurité Sociale**, laquelle, contrairement aux Compagnies d'Assurances privées, ne cherchera pas à réaliser des bénéfices, mais à protéger la santé des travailleurs, et en attendant, confier la surveillance médicale des ouvriers au médecin inspecteur du travail.

4° **Relever le niveau de vie des salariés** (augmentation des salaires des allocations familiales, des congés payés dans l'industrie, politique de logement).

5° **Développer l'éducation** en attirant l'attention du public sur le danger de l'intoxication, par des cours, causeries radiophoniques, affiches significatives dans les usines et dans les centres habités par les travailleurs. (Utiliser les moyens employés pour la campagne antipalustre, par exemple).

Ne pas hésiter à faire appel aux organisations syndicales et professionnelles.

Ces mesures doivent s'inscrire dans le cadre de la médecine du travail, nouvelle-née des sciences médicales. Elle a pour mission, non seulement d'adapter l'individu aux nouvelles conditions du travail, mais aussi et surtout d'adapter le travail à la collectivité humaine toujours plus soucieuse de sa santé et de son bien-être.

Cette médecine a besoin du concours, non seulement des médecins mais aussi de l'administration des techniciens et des travailleurs eux-mêmes. On pourra nous objecter qu'elle est coûteuse, luxueuse pour un petit pays comme le nôtre. **Il sera facile de faire la preuve que la prévention coûte moins cher à la Société que la réparation.** Certains intérêts privés pourront en subir quelque dommage, ils devront faire la place à l'intérêt général.

La Tunisie fait aujourd'hui le bilan de ses ressources : elle se doit de préserver son capital le plus précieux : le capital humain.

**Thérapeutique Vaso - constrictive  
des Troubles circulatoires  
veineux des deux sexes**

# FLUXINE "P"

**3 Formes**

**GOUTTES - DRAGÉES - SUPPOSITOIRES**

## *COMPOSITION*

INTRAIT DE MARRON D'INDE DAUSSE, TITRE EN  
AESCULOSIDE (Vitamine P) — ALCOOLATURE D'ANE-  
MONE PULSATILLE (plante fraîche) — NOIX VOMIQUE...

## *INDICATIONS*

Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites) —  
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée,  
Dysménorrhée) — Troubles Circulatoires de la Ménopause.  
Manifestations de la fragilité capillaire (engelures, acro-  
cyanose...)

## *POSOLOGIE*

X Gouttes (ou 1 dragée) 3 fois par jour.

Cas douloureux : 100 à 300 gouttes

1 Suppositoire le soir - Cas aigus : 3 suppos. par 24 h.

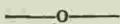
**PRODUITS BONTHOUX**  
**VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)**

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8 Passage du 7 Mai - TUNIS



## R É S U M É

## LE SATURNISME EN TUNISIE



Enquête médico-sociale parmi les ouvriers d'une fonderie de plomb ..

par les D<sup>rs</sup> BEN SASSI et André ZÉRAH



Les auteurs rapportent les résultats d'une enquête clinique et biologique auprès des ouvriers de la Fonderie de Plomb de Mégrine (Penna-roya).

Ils ont pu constater un taux élevé d'intoxication saturnine parmi les ouvriers en activité. Ayant essayé d'en déceler les causes (insalubrité de l'usine, absence de médecine préventive organisée, insuffisance du niveau de vie), ils concluent en la nécessité de reviser et de développer dans le sens de la prévention, la récente législation tunisienne des maladies professionnelles.

## V O E U



Les médecins membres de la Société des Sciences Médicales de Tunisie, réunis en leur séance du 23 mars 1956, à l'occasion d'un rapport sur les méfaits du saturnisme en Tunisie :

- déplorent un état sanitaire particulièrement déficient;
- demandent aux Pouvoirs publics que soient mis en œuvre tous les moyens nécessaires pour remédier à cet état de chose et suggèrent notamment :
  - l'institution de mesures d'hygiène préventive, tant collective qu'individuelle;
  - l'instruction du personnel ouvrier à propos des dangers du saturnisme et de ses manifestations;
  - l'institution de mesures sociales adéquates.



...comme

**V**itamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

*homologué et remboursé par la S. S.*

TUNISIE : Ets Nore, 61, Avenue Garros, Tél. 282.090 — TUNIS

## SATURNISME PROFESSIONNEL

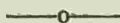
## Maladies causées par le plomb et ses composés

MALADIES engendrées par l'intoxication saturnine	DÉLAIS de prise en charge	TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Syndrome douloureux abdominal paroxystique apyrétique avec état subocclusif (coliques de plomb) habituellement accompagné d'une crise paroxystique hypertensive et d'une poussée d'hématies à granulations basophiles . . . . .	30 jours	Extraction, traitement, préparation, emploi, manipulation du plomb, de ses minerais, de ses alliages, de ses combinaisons et de tout produit en renfermant, Extraction et traitement des minerais de plomb et résidus plombifères. Récupération du vieux plomb. Métallurgie, affinage, fonte, laminage du plomb, de ses alliages et des métaux plombifères.
Paralysie des extenseurs des doigts ou des petits muscles de la main . . . . .	1 an	Soudure et étamage à l'aide d'alliages de plomb.
Encéphalopathie aiguë survenant chez un sujet avant présente un ou plusieurs des symptômes inscrits au tableau . . . . .	30 jours	Fabrication, soudure, ébarbage, polissage de tous objets en plomb ou en alliage de plomb. Fonte de caractères d'imprimerie en alliage de plomb, conduite de machines à composer, manipulation de caractères.
Néphrite azotémique ou néphrite hypertensive et leurs complications . . . . .	3 ans	Fabrication, réparation des accumulateurs au plomb.
Anémie confirmée par des examens hématologiques répétés : cette anémie est habituellement hormochrome et plastique et accompagnée d'hématies à granulations basophiles . . . . .	1 an	Trempe au plomb et tréfilage des aciers trempé au plomb. Métallisation au plomb par pulvérisation. Fabrication et manipulation des oxydes et sels de plomb. Préparation et application de peintures, vernis, laques, encres, mastics, enduits à base de composés du plomb.
		Grattage, brûlage, découpage au chalumeau de matières recouvertes de peintures plombifères. Fabrication et application des émaux plombeux. Composition de verres au plomb. Glaçure et décoration des produits céramiques au moyen de composés du plomb.
Décret du 3 Octobre 1951		Fabrication et manipulation du plomb tétraéthyle préparation des carburants qui en renferment nettoyage des réservoirs contenant ces carburants.



# HEXOLINE

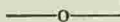
(Fructose — Diphosphate de calcium)



HEXOLINE - GLYCOCOLLE

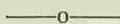
HEXOLINE - CORTICO - SURRENALE

HEXOLINE - PILOCARPINE - PHÉNOBARBITAL

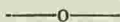


Etats dépressifs — Asthénies — Surmenage cérébral

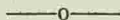
Insuffisance surrénale — Hypotension



Présentation dans chaque formule : Tube de 100 dragées



*Documentation et échantillons sur demande*

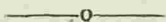


---

Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)  
TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

## Tachycardie ventriculaire et Proncéstyl

par les D<sup>rs</sup> H. BONAN, A. CHARRAD, G. BORSONI et A. DAMÈLE



La tachycardie ventriculaire paroxystique est une complication cardiologique rare. En trois ans, nous avons pu cependant en recueillir quatre cas, dans notre service.

Si les trois premiers répondaient à la thérapeutique classique, c'est-à-dire à l'arrêt instantané et définitif de la crise par injection unique intraveineuse de Proncéstyl, le quatrième a nécessité l'emploi ininterrompu depuis près de trois mois de fortes doses de Proncéstyl, doses nécessaires pour juguler les crises et en empêcher le retour.

Voici la curieuse observation du marin C... âgé de 44 ans qui vient consulter l'un de nous, le 5 mai 1954. Malade depuis déjà 5 mois, et se plaignant toujours de dyspnées d'effort avec cyanose et de douleurs thoraciques; il avait été traité sans résultat.

Il a un gros foie, un important épanchement pleural droit et une tension à 10/8. Un électro-cardiogramme décèle un infarctus antéro-septal en évolution.

Après un mois de repos, le liquide tarit, la tension remonte, la dyspnée et les douleurs disparaissent et il peut reprendre sa rude vie de marin sur un chalutier de pêche.

Cependant, la dyspnée d'effort revient après une période de surmenage et un essai de traitement à la digitaline à doses très fractionnées entraîne immédiatement du bigéminisme et fait suspendre à tout jamais son emploi. Il est ainsi soigné pendant vingt mois avec des alternatives d'aggravation et de bien être, lorsqu'il se présente de nouveau à nous le 27 décembre 1955.

Il est en état d'insuffisance cardiaque grave :

La dyspnée est intense, la cyanose très marquée et une teinte cyanique recouvre les téguments.

Le foie est très gros et surtout très douloureux, la base droite est obscure, les jambes oedématisées et la tension basse et pincée à 9/10. L'auscultation permet de déceler pour la première fois une crise de tachycardie Paroxystique. L'électro-cardiogramme démontre qu'il s'agit bien d'une tachycardie Paroxystique ventriculaire et le malade est aussitôt hospitalisé.

On pratique immédiatement une injection intra-veineuse lente de Proncéstyl sous contrôle électro-cardiographique. Au 8<sup>e</sup> cm<sup>3</sup> le rythme devient sinusal. Pendant l'injection intra-veineuse, nous voyons le foie diminuer progressivement jusqu'à disparaître sous les fausses côtes; de

# EXOSEPTOPLIX

*POUDRE*  
*POMMADE*

*Toutes les indications de la sulfamidothérapie  
locale*



Paris

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet



même la dyspnée et la cyanose cessent instantanément et le malade, anxieux, angoissé, respirant avec peine, revient brusquement à la vie, refuse l'oxygène et se lève.

Toute la journée et les jours suivants, avec l'appoint de huit comprimés de Proncestyl, le rythme reste sinusal, contrôlé par de nombreux électro-cardiogrammes.

Après vingt cinq jours d'hospitalisation, le malade regagne son domicile.

Le 2 février 1956, c'est-à-dire huit jours après, le malade revient consulter, il est de nouveau fatigué avec un foie gros et dur et une tension très faible; il ne ressent pas le battement de cœur et cependant, à l'auscultation, on retrouve la tachycardie; de nouveau, il est traité par le Proncestyl intraveineux sous électro-cardiogramme et de nouveau tout rentre dans l'ordre. Cependant, il a fallu cette fois injecter 10 cm<sup>3</sup> de Proncestyl pour rétablir le rythme sinusal qui n'est pas tout à fait pur. Il reste en effet entrecoupé de nombreuses extra systoles. Le Proncestyl est alors prescrit à la dose de 16 comprimés par jour, mais l'état nauséux ne permet au malade d'en absorber que 8; aussi la tachycardie réapparaît-elle. S'il s'astreint à prendre 12 comprimés, la crise s'arrête. Essaie-t-il de diminuer d'un seul comprimé, la tachycardie réapparaît. Les 12 comprimés quotidiens constitueront pour lui un seuil au dessous duquel il ne peut descendre sans risque.

Parallèlement à l'évolution clinique, l'évolution électro-cardiographique est intéressante à donner. Nous n'en donnons qu'un bref résumé.

Le premier électro-cardiogramme montre un infractus antéro-septal subaigu.

Le deuxième un rythme bigéminé occasionné par la prise de vingt gouttes de digitaline en quatre jours; les autres permettent de déceler :

- Une propagation de l'infractus qui devient antérieur et étendu;
- Une surélévation permanente de ST signant un anévrysme pariétal;
- Et enfin des modifications du rythme avant, pendant et après l'injection intraveineuse de Proncestyl :

#### **Avant l'injection :**

Le rythme de la tachycardie ventriculaire est caractéristique. Il est rapide à 200 et à peu près régulier. Les complexes ventriculaires sont très anormaux, comparables à ceux d'une extrasystole avec élargissement de Q.R.S. qui est croché et empâté, et opposition de Q.R.S. et de T. Quant à l'activité auriculaire, elle est visible au moins en partie.

#### **Pendant l'injection :**

Le rythme se ralentit progressivement, devient bigéminé, puis entrecoupé de nombreuses extrasystoles, en salves d'abord, espacées ensuite.

*Pour  
tout déprimé,  
tout surmené,  
tout neurosthénique*



TOUJOURS ACTIVE  
JAMAIS NOCIVE



# NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS.

TP

**Après l'injection :**

Le cœur redevient régulier et le rythme sinusal à 90.

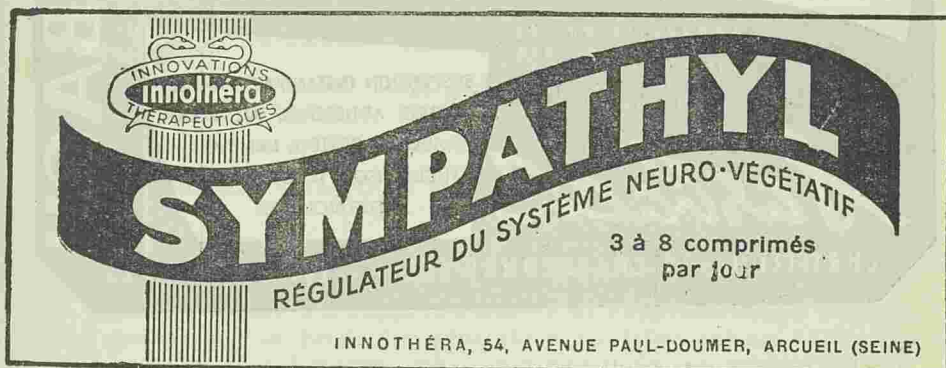
Voilà l'observation de ce malade qui, après un double infractus, fait, sur un myocarde très altéré, une crise de tachycardie paroxystique ventriculaire.

Ce malade, toujours hospitalisé, vit depuis trois mois déjà sous l'influence permanente et quotidienne de 12 comprimés de Proncestyl.

Cette observation est intéressante par sa rareté, elle a paru, de plus, intéresser tous les médecins :

Ceux de médecine générale qui soupçonnaient une crise de tachycardie paroxystique ventriculaire pourront avoir recours à la médication héroïque qu'est le Proncestyl.

Et ceux, spécialistes en cardiologie, qui trouveront dans la lecture des nombreux électro-cardiogrammes un véritable film descriptif de la maladie et de son comportement.



**SYMPATHYL**  
RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VEGÉTATIF  
3 à 8 comprimés  
par jour

INNOVATIONS  
**innothéra**  
THÉRAPEUTIQUES

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - TUNIS



PRÉPARATIONS INJECTABLES

**STREPTO-DIHYDROSTREPTOMYCINE 1g**  
**BIPÉNICILLINE 1.000.000 U.O.**  
(STREPTOMYCINE ET DIHYDROSTREPTOMYCINE à à 0,50)

**DIHYDROSTREPTOMYCINE-BIPÉNICILLINE 0,50 g/ 500.000 U.O.**

**DIHYDROSTREPTOMYCINE-BIPÉNICILLINE 1 g/ 400.000 U.O.**

**DIHYDROSTREPTOMYCINE-BIPÉNICILLINE 1 g/ 800.000 U.O.**

**BIPÉNICILLINE 400.000 U.O.**

**BIPÉNICILLINE 500.000 U.O.**

**BIPÉNICILLINE 800.000 U.O.**

**BIPÉNICILLINE 1.200.000 U.O.**

Remboursé par la  
Sécurité Sociale  
Agréé par l'A.M.G.  
l'article 64,  
les hôpitaux, les collectivités

SUSPENSION INSTANTANÉE STABLE  
AUCUNE ADHÉRENCE AU VERRE  
AUCUNE PERTE A L'EMPLOI  
AUCUN RISQUE D'OBSTRUCTION  
DES AIGUILLES

*Sarbach*

CHATILLON-SUR-CHALARONNE (AIN) - TÉL. : 24 et 25

ANTIBIOTIQUES SARBACH

*PHARMOFFICE* : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.

*Diffusion Pharmaceutique Marocaine* : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.

*SARRABIA* : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).

*BONNIOT* : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).

*GUIGON* : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).

*SO.A.C.I.A.* : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).

*LABOREX* : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).

*Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise* : Boîte postale N° 362 —  
FORT DE FRANCE (Martinique),

## Société de Médecine de Paris

---

SEANCE DU 22 MARS 1956

---

— 0 —

— D<sup>r</sup> MATHEY : *La chirurgie dans la tuberculose pulmonaire.*

Pour l'auteur, les antibiotiques et la chirurgie sont étroitement liés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. La chirurgie doit sa sécurité aux antibiotiques, mais leur apporte son secours, pour le traitement des lésions résiduelles, après traitement médical bien conduit.

Ces caractères de lésions résiduelles sont à la base des indications chirurgicales :

— lésions bien stabilisées, non cavitaires par de bacilles dans l'expectoration;

Ces indications sont d'ordre préventif; la résection pulmonaire vise à procurer une guérison anatomique au lieu d'une simple stabilisation clinique.

— lésions cavitaires et bacilloscopies positives, l'indication chirurgicale est impérieuse; bien que concevable, la chirurgie de collapsus est presque toujours supplantée dans ces cas, par la chirurgie d'exérèse, aussi limitée que possible;

— lésions mutilantes non tuberculeuses, la résection n'est pas nécessaire en principe, mais assez souvent, ces lésions masquent de petites lésions tuberculeuses.

Lorsqu'un traitement chirurgical est indiqué, la résection pulmonaire constitue la meilleure méthode en raison de sa bénignité, de son efficacité et de sa valeur fonctionnelle.

— D<sup>r</sup> ROSENTHAL : *Avenir de la chirurgie dans la tuberculose pulmonaire.*

L'avenir est à la chirurgie d'exérèse dans la tuberculose pulmonaire.

M. le D<sup>r</sup> ROSENTHAL rappelle l'histoire de l'appendicite qui conduisait autrefois à la péritonite généralisée mortelle; aujourd'hui presque complètement disparue, grâce aux opérations préventives qui ont transformé le pronostic.

La tuberculose pulmonaire suivra la même évolution grâce à l'extension de son domaine scientifique, médical, et grâce aux opérations d'exérèse.

La lésion torpide chronique, la caverne de repos de Laennec, les infiltrations limitées, rebelles aux traitements médicaux comme aux pneumothorax, et sans doute plus tard, la simple induration bacillaire du sommet, seront de plus en plus justiciables de l'exérèse, et font espérer des possibilités de cures radicales avec des convalescences rapides.

— M. André DUFOUR: *Etat actuel du traitement de la tuberculose rénale.*

M. André DUFOUR, invité de la Société, traite la question du traitement de la tuberculose rénale.

Le traitement biochimique sera toujours appliqué avec la participation des trois antibiotiques : Streptomycine, Isoniazide, et PAS :

- la Streptomycine en injection tri-hebdomadaire, en moyenne, à la dose de un gramme;
- l'Isoniazide suivant une posologie qui varie de 4 à 8 mmg par kg de poids;
- enfin, le P.A.S., dont la meilleure administration est représentée par la perfusion, à la dose moyenne de 15 grammes, tous les jours ou tous les deux jours, pendant le traitement d'attaque.

Ces trois médicaments de fond peuvent être combinés de façon très variée. Dans des cas rares encore, la guérison complète d'une Tuberculose Rénale prise au tout début, peut être obtenue par ce traitement. Dans une grande partie des cas, il est nécessaire de recourir au traitement chirurgical dont l'auteur montre les différentes modalités et les indications respectives.

Il conclut en insistant sur la nécessité absolue de surveiller urologiquement toutes les tuberculoses rénales qui sont confiées au traitement biochimique, car seul, le Spécialiste peut, à temps, poser des indications chirurgicales qui permettent souvent de sauver la fonction rénale.

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

8 gammas

**Vitamine B<sub>12</sub>**

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS



## Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

— 0 —  
SEANCE DU 21 AVRIL 1956  
— 0 —

*Volontéux abcès amibien du foie traité médicalement. Traitement général, ponctions et injections locales de Terramycine et d'Emétine,*

par J. LEBON, J. MESSERSCHMITT et M.-L. MONDZAIN-LEMAIRE.

*Amélioration spectaculaire d'une goutte chronique après agranulocytose consécutive à un traitement par l'Irgapyrine,* par M. FABREGOULE et J. MESSERSCHMITT.

Les Auteurs rapportent un cas de goutte chronique sévère, nécessitant la prise quotidienne de Colchicine s'est trouvé pratiquement guéri après un traitement à l'Irgapyrine qui a provoqué une agranulocytose transitoire. Cette atteinte de la lignée granuloformatrice apparaît aux auteurs comme le témoin, et peut être la condition d'une action puissante de ce produit sur le tissu responsable des troubles métaboliques de la goutte.

*Sur un cas de toxi-infection alimentaire collective à staphylocoques Entéro-toxiques,* par LACROIX A. C., SAVAG A., RUFF, DOUARD Th.

Les Auteurs rapportent un cas de toxi-infection alimentaire collective à staphylocoque entéro-toxique - 140 intoxiqués - un staphylocoque doré à développement rapide et offrant des caractères d'une haute pathogénicité est isolé en partant des selles. L'enquête découvre un aide-cuisinier porteur d'une tourniole au majeur de la main gauche dont le pus donne à l'ensemencement un staphylocoque doré offrant des caractères pathogènes.

*Pneumothorax spontané localisé chez un asthmatique,* par J. THIODET, A. FOURRIER, J. MASSONAT et J. CHAMPY.

Les Auteurs rapportent un cas de pneumothorax spontané localisé du sommet chez un asthmatique de 56 ans. L'invétération du pneumothorax après trois mois a été observée, sans refentissement sensible sur l'évolution de l'asthme.

*Erythrodermie, Ictère, Néphrite et Anémie Hémolytique, consécutifs à des perfusions de P.A.S. et traités par la Métacortandracine,* par J. LEBON, R. CLAUDE et J. AMOUYAL.

Les Auteurs rapportent un tableau aussi complexe et d'observation rare et les particularités de chaque symptôme sont soulignées. La nature allergique de l'ensemble ne prête guère à discussion. L'action heureuse de la métacortandracine fut évidente.



# GLUTAMINOL

COMPRIMÉS  
DRAGÉES  
POUDRE

LAROCHE-NAVARRON

63 RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-55

---

---

## PAPAVERYL

Chlorhydrate de papavérine chimiquement pur

—o—  
**ANTISPASMODIQUE**

*Action élective sur la fibre musculaire lisse*

- o—
- 1° Boîte de 6 ampoules injectables à 0,04.
  - 2° Tube de 20 comprimés à 0,04.
  - 3° Boîte de 6 suppositoires à 0,04.

---

---

## SELAMON

Chlorure d'ammonium chimiquement pur

—o—  
Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

**ACIDIFIANT — DIURETIQUE — ANTI-ŒDÉMATEUX**

*Traitement des alcaloses — Obésité*

—o—  
Boîte de 50 dragées glutinisées à 0 gr 50 de chlorure d'ammonium

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

**COMMUNIQUE :****Le Club du Livre médical et pharmaceutique**174, Boulevard Saint-Germain, PARIS-6<sup>e</sup>*Comporte plusieurs sections conçues pour être votre  
auxiliaire indispensable :*

- A. — UNE SECTION DE LIBRAIRIE qui met à votre disposition des revues et ouvrages médicaux, chirurgicaux, dentaires et pharmaceutiques et vous donne tous les renseignements sur ce qui paraît en France et dans le Monde.
- B. — UNE SECTION TECHNIQUE vous assure des services simplifiant vos problèmes quotidiens et en vous faisant gagner du temps :
- Reproductions de documents, micro-films, avec, sur place, un appareil de lecture.
  - Traductions en toutes langues.
  - Recherches bibliographiques.
  - Un service de sténo-dactylographie.
  - Service de Renseignements généraux.
  - Architecture, décoration, aménagement.
  - Equipement médico-chirurgical, dentaire et pharmaceutique.
  - Problèmes juridiques, fiscaux, économiques.
  - Assurances.

*POUR CES DEUX SECTIONS APPELEZ LITTRÉ 54-48*

- C. — UNE SECTION D'ACCUEIL facilite les contacts entre confrères français et étrangers, leur séjour à Paris ou dans toute autre ville de leur choix.
- D. — UNE SECTION ARTISTIQUE ET TOURISTIQUE prend soin de vos loisirs :
- Programmes et locations de place pour tous spectacles (théâtres, expositions, concerts, conférences, etc.). Remise des places à domicile sur demande.
  - Organisation de croisières, voyages ou excursions, individuels et collectifs répondant aux desiderata des Amateurs d'art.
  - Réservation de vos places et billets d'avion, chemin de fer, bateau. Remise des places à domicile sur demande.
  - Location d'automobiles avec ou sans chauffeur.

*POUR CES DEUX SECTIONS APPELEZ BABYLONE 38-16*

Droit d'inscription annuel : 800 frs. Délivrance de la carte contre remboursement, ou contre paiement en espèces, *chèque bancaire à l'ordre de l'Expansion Scientifique, ou versement au C.C.P. Expansion Paris 370-70.*

TOUS LES ABONNÉS A « LA SEMAINE DES HOPITAUX »  
REÇOIVENT GRATUITEMENT LA CARTE DE MEMBRE DU CLUB



# LUGOCALCION A LA VITAMINE C

AMPOULES BUVABLES DE 10 CM<sup>3</sup>

Chlorure de Calcium 500 mg  
Vitamine C . . . . 500 mg pour 1 ampoule

Anémie et toutes déficiences organiques

# LUGOCALCION

Sirup de Chlorure de Calcium  
délicieux au goût  
hémostatique

LABORATOIRES NOVALIS OULLINS (RHONE)

PRODUIT NOUVEAU  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

## **LEVURE lyophilisée GALLIER**

(Licence Sarechio)

ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES  
TROUBLES DIGESTIFS  
TROUBLES NUTRITIONNELS  
STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS  
SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

LIVRES REÇUS

## Activités de l'OMS en 1955

## Rapport annuel du Directeur général à l'Assemblée mondiale de la Santé et aux Nations Unies

« Actes Officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé », N° 67, xii + 241 pages, prix Fr. s. 6, 10/-, \$ 2.00 avec 16 pages de photographies également publié en anglais et en espagnol.

Dans l'introduction de son Rapport annuel sur l'année 1955, le D<sup>r</sup> M. G. CANDAU, Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé, signale plusieurs points importants, relatifs soit à des faits nouveaux, soit à des redistributions de zones d'intérêts.

Une mesure qui est peut-être l'une des plus audacieuses qu'on ait jamais prises contre n'importe quelle maladie — la campagne visant à l'éradication du paludisme dans le plus bref délai partout où les conditions techniques le permettent — a été pratiquement dictée par la capacité d'acquisition d'une résistance aux insecticides chez les anophèles vecteurs. Les modalités et l'échelonnement des opérations seront appelés à varier beaucoup : pour certains pays, on pense que l'application d'insecticides dans les habitations arrêterait en quatre ou cinq ans la transmission du paludisme; ailleurs, les conditions sont moins favorables et dans quelques pays, notamment en Afrique, il faudra s'en tenir à des projets pilotes avant de pouvoir envisager l'éradication en grand.

Les méthodes de traitement de la tuberculose ont subi des changements radicaux qui influent fortement sur l'organisation des programmes de lutte contre cette maladie. Grâce à un traitement médicamenteux efficace à domicile des cas contagieux joint à la vaccination de masse et éventuellement à la chimio-prophylaxie, il est peut-être aujourd'hui possible pour la première fois de traiter les malades et de prévenir la transmission sans avoir à mettre en œuvre l'organisation coûteuse qu'exigent les méthodes classiques et qui dépassé les moyens des pays sous-développés.

Les problèmes que posent la production et l'administration massives d'un vaccin antipoliomyélitique efficace et sans danger ont été étudiés avec la collaboration d'un groupe d'experts international qui a formulé quelques recommandations importantes.

Le Directeur Général mentionne également les nombreuses demandes adressées à l'Organisation par les Etats Membres qui désirent recevoir des consultants spécialisés dans divers aspects de la lutte anti-trachomateuse. La connaissance de l'épidémiologie du trachome a fait de notables progrès. Au Maroc et en Tunisie, la lutte a été surtout engagée en 1955 contre la conjonctivite saisonnière qui accompagne souvent l'infection trachomateuse, et l'on a enregistré une nette amélioration en ce qui concerne à la fois l'évolution et la gravité du trachome sous-jacent.

Les événements survenus dans le domaine des applications pacifiques de l'énergie atomique sont passés en revue. Il est tout particulièrement urgent de former du personnel qualifié dans les différentes catégories. Il convient notamment d'assurer une formation spéciale aux médecins et aux radio-physiciens sanitaires appelés à travailler dans des laboratoires ou usines atomiques ainsi qu'aux utilisateurs médicaux des radio-isotopes, et de donner une formation plus générale aux administrateurs de la santé publique qui auront à s'occuper des problèmes posés par l'évacuation des déchets radioactifs et par la protection des collectivités contre les radiations; en effet, on peut s'attendre à voir de tels problèmes surgir à mesure que se développera l'utilisation industrielle de l'énergie atomique. Il faut également réunir et diffuser des renseignements sur toute une série de problèmes médicaux et sanitaires résultant de l'utilisation de l'énergie atomique, adapter des normes et des règles de travail internationales, stimuler et coordonner les recherches.

Ces divers développements doivent cependant être envisagés dans leur perspective véritable qui est commandée par le programme à long terme de l'O.M.S. Le Dr CANDAU appelle l'attention du lecteur sur les progrès marquants réalisés pendant l'année dans trois catégories de programmes qui revêtent une importance fondamentale : la lutte contre les maladies transmissibles, le renforcement des services nationaux de santé et, enfin, l'amélioration de l'enseignement et de la formation donnés à toutes les catégories de personnel sanitaire.

Des progrès ont également été enregistrés sur le plan des services mondiaux permanents de l'O.M.S., par exemple la réunion et la diffusion d'informations épidémiologiques, l'amélioration des statistiques démographiques et sanitaires et l'établissement d'étalons internationaux pour les médicaments et autres substances thérapeutiques. Le Règlement Sanitaire International, qui a achevé sa troisième année de fonctionnement en 1955, est maintenant devenu la charte sanitaire du trafic international dans la majeure partie du monde.

On trouve dans le corps du rapport de plus amples détails sur les questions mentionnées plus haut et sur de nombreuses autres, ainsi que des descriptions distinctes des activités accomplies dans chacune des six Régions de l'O.M.S. : l'Afrique, les Amériques, l'Asie du Sud-



Est, l'Europe, la Méditerranée Orientale et le Pacifique Occidental. Les besoins et les conditions qui sont spéciaux à chacune de ces Régions sont exposés et illustrés par des descriptions de projets caractéristiques.

La liste détaillée de quelque 370 projets qui figure dans la Partie IV du rapport, et qui occupe plus d'une centaine de pages, permet d'apprécier l'ampleur et la variété du travail accompli par l'Organisation.

Seize pages de photographies ajoutent de la couleur locale et de la réalité humaine aux exposés; un certain nombre d'annexes contiennent les renseignements statistiques et les tableaux nécessaires aux organes officiels auxquels le rapport s'adresse : l'Assemblée Mondiale de la Santé et le Conseil Economique et Social de l'Organisation des Nations Unies.



#### PETITES ANNONCES :

Radiologie Cabinet import. Cent. gde ville S.-E. Métropole, pl. rapport, conv. à 2-3 médecins, 4 étages profs. dont 1 appart. libr. A céd. par tranche ou totalité.

Ecr. Francis FINIZOLA, 15, Pl. Pierre Brosselette - Marseille (4°).



Port breton, à céder Méd. Gén. Acc. villa, 5 pièces en location + bloc prof. 3 pièces. Rapport plus de 5 demandé : 3,5 comptant y compris appareillage neuf (dont scopie-graphie Massiot).

Ecrire au Journal.



INNOThÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

## Vient de paraître

Les monographies médicales et scientifiques — *La revue mensuelle de l'omnipraticien*. Directeur-Rédacteur en Chef : D<sup>r</sup> Jean GARNIER, 30 Rue des Saints Pères - Paris 7<sup>e</sup>.

*Les maladies de l'oreille* (ORL, fascicule 3), 80 pages, 11 figures, par le Pr. PIQUET. Etude clinique et thérapeutique des maladies de l'oreille externe, moyenne et interne. Le N<sup>o</sup> : 200 f.

*Dermatologie* (fascicule 4), 80 pages, 33 photos, 3 tableaux, par le Pr. GATÉ et le D<sup>r</sup> ROUSSET. Etude clinique et thérapeutique des dermatoses dyschromiques, dystrophiques, folliculaires. Le N<sup>o</sup> : 200 f.

*Formulaire de Gastro-entérologie* 1955, 160 pages, par le Pr. A. VACJON et le D<sup>r</sup> LEHMANN. Etude thérapeutique pratique (médicaments gastro-intestinaux et conduite pratique du traitement des maladies du tube digestif). Le N<sup>o</sup> : 200 f.

*Formulaire des diététiques et vitaminothérapie* 1956. Important N<sup>o</sup> de 240 pages, par le Pr. WAREMBOURG. Etude des rations alimentaires et des différents aliments. Prescription des régimes. Vitaminothérapie. Le N<sup>o</sup> : 200 fr.

### MONOFILMS (N<sup>os</sup> spéciaux pour les spécialistes)

*L'ulcère du duodénum descendant*, 102 clichés radiographiques et dessins, par les D<sup>rs</sup> R. A. GUTMANN et J. DAUD. Etude radiologique de l'ulcère de D2. Le N<sup>o</sup> : 400 f.

*Le cathétérisme intra-cardiaque*, 78 radiographies, photos et dessins, par le Pr. Pierre SOULIÉ et le D<sup>r</sup> VERNANT. Etude radiologique du cathétérisme intra-cardiaque au cours des cardiopathies congénitales. Le N<sup>o</sup> 400 fr.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)

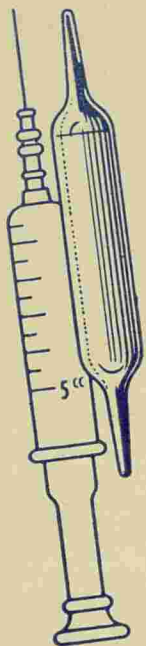
choline, papaine  
sels biliaires  
boldo

**EUCHOBYL**

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

AZOTÉMIE  
SCLÉROSE  
OLIGURIES



*Métabolisme  
de l'azote  
du cholestérol  
et de l'eau*

# CHOPHYTOL

INJECTABLE



AMPOULES DE 5<sup>cc</sup>  
TOUTES VOIES  
DRAGÉES ET GOUTTES  
PER OS  
SUPPOSITOIRES  
SIMPLES et COMPOSÉS

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ROSA - II, RUE ROGER-BACON - PARIS





TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Garros — TUNIS — Tél 292.090

# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS DE  
\_\_\_\_\_TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS \_\_\_\_\_

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

## GADÉOL 20

AMPOULE  
BUVABLE  
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A  
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

*Biosedra*

LABORATOIRE BIOSEDRA - 60, RUE DE ROME - PARIS-8<sup>e</sup>

TUNISIE : R. FALDINI, 6, Rue d'Avignon — TUNIS

# BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE  
HUILEUSE AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES  
1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES  
GOUTTES DRAGEES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**



# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |   |                              |                        |
|---|------------------------------|------------------------|
| — Le Rédacteur en Chef .....  | D <sup>r</sup> M. UZAN       | } Comité<br>de lecture |
| — Le Rédacteur en Chef Adjoint .....                                  | D <sup>r</sup> J. CUÉNANT    |                        |
| — Le Président de la Société des Sciences Médicales .....             | D <sup>r</sup> R. LADJIMI    |                        |
| — Messieurs les .....   | D <sup>r</sup> H. BONAN      |                        |
|   | D <sup>r</sup> M. HADJOUDJ   |                        |
| — Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....            | D <sup>r</sup> G. BORSONI    |                        |
| — Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre ..... | D <sup>r</sup> G. VALENSI    |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien .....        | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens .....     | D <sup>r</sup> S. AMAR       |                        |

*Administration* : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247.255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.



# *Terramycine*\*

OSVÉTÉTRACYCLINE

## ***Ovules secs***

dosés à 0,100 g de chlorhydrate de Terramycine

2 ovules chaque jour pendant 7 jours

- Vaginites Aiguës
- Vaginites Chroniques

*S. S. — Collectivités — A.M.G.*

\* Marque de Fabrique de CHAS. PFIZER & C<sup>o</sup>, Inc

*Pfizer*

**LABORATOIRES CLIN-COMAR** 20, RUE DES FOSSÉS-ST.-JACQUES - PARIS - TÉL. ODÉON 27-20

## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> Partie)

<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie</i> . . . . .	415
<i>A propos de trois cas d'infarctus aigu du myocarde à forme abdominale</i> , par H. BONAN, G. BORSONI, A. CHARRAD et A. DAMÈLE	417
<i>Splénomégalie : Seule traduction clinique d'un cancer de la queue du pancréas. Intérêt de la splénoportographie</i> , par R. GANEM, S. MESTIRI, H. AYARI (Hôpital Sadiki) . . . . .	421
<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie</i> . . . . .	427
<i>Les formes mineures de la malnutrition protidique chez l'enfant tunisien</i> , par A. CORCOS et Ch. TABBANE . . . . .	429
<i>Essais de traitement de l'amibiase intestinale par la spiramycine</i> , par H. BONAN, M. KHIARI, G. BORSONI et R. DUPOUX . . . . .	433
<i>Tétanie au cours d'un traitement par la cortisone chez un asthmatique</i> , par les D <sup>rs</sup> S. BENMUSSA, A. NAHUM et C. PÉREZ . . . . .	449

**RÉGULATEUR  
HÉPATO-  
INTESTINAL**

### TAXOL-MÉTHIONINE

LAXATIF	HÉPATO-PROTECTEUR
CHOLÉRÉTIQUE	ANTISTEATOGENE
CHOLAGOGUE	ANTINÉCROTIQUE
ANTISPASMODIQUE	ANTITOXIQUE

INDICATIONS

CONSTIPATION - INSUFFISANCE HÉPATIQUE - ALLERGIE ALIMENTAIRE

*Remboursable par la Sécurité Sociale*

**LABORATOIRES LOBICA · 25, RUE JASMIN · PARIS-16<sup>e</sup>**



TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS



“ la maladie *veineuse*  
commence  
aux *capillaires* ”

# PROVEINASE

VITAMINÉE C & P



**stase veineuse**

opo-phytothérapie  
veino-constrictive

**fragilité capillaire**

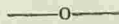
synergie  
vitaminée P et C

**3 A 6 COMPRIMÉS  
PAR JOUR**

**LABORATOIRES MIDY**  
67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17<sup>e</sup>

Agents dépositaires : SOCIÉTÉ "SPÉCIMEDHY" 37, rue d'Isly, TUNIS

# SOMMAIRE (2<sup>me</sup> partie)



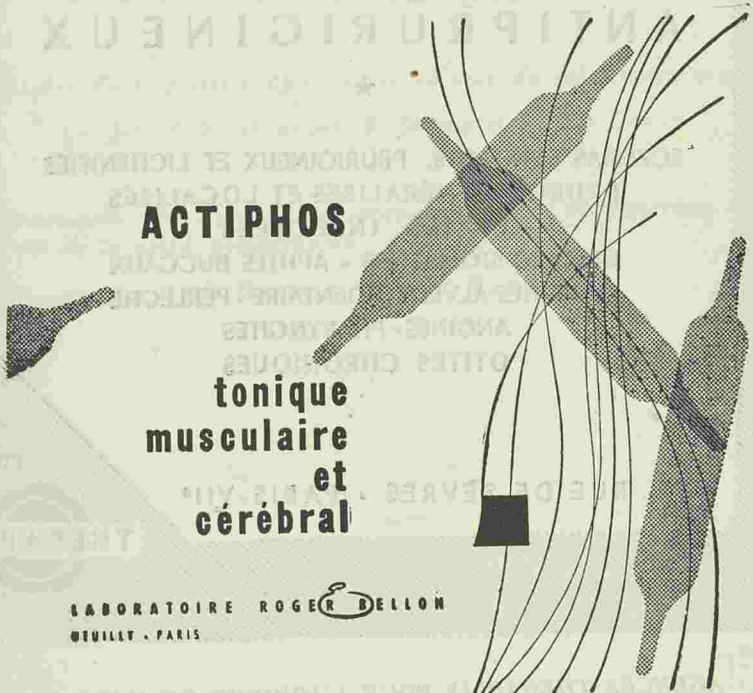
<i>Hématome sous-arachnoïdien post-traumatique. Intervention après deux mois. Guérison, par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, L. CHATENIER, J. MINGUET et R. ZANA .. . . . .</i>	453
<i>Considérations cliniques et thérapeutiques sur un cas de péricardite purulente à pneumocoque, par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, R. DIDIER, Hassiba GHILEB, F. KRIEF et Ben OSMAN .. . . . .</i>	459
<i>Société de Médecine de Paris .. . . . .</i>	463
<i>Société Médicale des Hôpitaux d'Alger .. . . . .</i>	467
<i>Société Médicale de l'A.O.F. .. . . . .</i>	473
INFORMATIONS :	
<i>IV<sup>e</sup> Congrès Médical International d'Evian .. . . . .</i>	485
<i>Société Nationale Française de Gastro-Entérologie .. . . . .</i>	487
<i>Livres reçus .. . . . .</i>	489

## ACTIPHOS

**tonique  
musculaire  
et  
cérébral**

LABORATOIRE ROGER  BELLON  
BOUILLY - PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS



# ATS



## POMMADE SOLUTION

TUBE DE 30 g      FLACON DE 45 cm<sup>3</sup>

ASSOCIATION STABILISÉE  
D'ACIDE TRICHLORACÉTIQUE A 3%  
ET D'ACIDE SALICYLIQUE



### BACTÉRICIDE • ANTIVIRAL ANTIPRURIGINEUX



ECZÉMAS SUINTANTS, PRURIGINEUX ET LICHÉNIFIÉS  
PRURITS GÉNÉRALISÉS ET LOCALISÉS  
PLAIES INFECTÉES  
GINGIVO-STOMATITES - APHTES BUCCAUX  
PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE - PERLÈCHE  
ANGINES - PHARYNGITES  
OTITES CHRONIQUES

98, RUE DE SÈVRES • PARIS-VII<sup>e</sup>

**THERAPLIX**

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet



## Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—  
VENDREDI 13 AVRIL 1956  
—o—*Communications :**Infarctus Myocardiques aigus à forme abdominale,*par les D<sup>rs</sup> H. BONAN, G. BORSONI, A. CHARRAD.*Périmonéoscopies,*par les D<sup>rs</sup> H. BONAN, H. AYARI, G. BORSONI et J. THONIER.*A propos d'une poussée épidémique récente de méningites suppurées,*par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, R. DIDIER et R. BEN OSMAN.*Splénomégalie seul signe d'un cancer de la queue du pancréas. — Inté-  
rêt de la splénoportographie,*par les D<sup>rs</sup> R. GANEM, S. MESTIRI, H. AYARI.

—o—

SOBIO

# SOBIAL CYCLOBARBITAL

*Deux hypnotiques  
en un seul*  
sans dépression au réveil

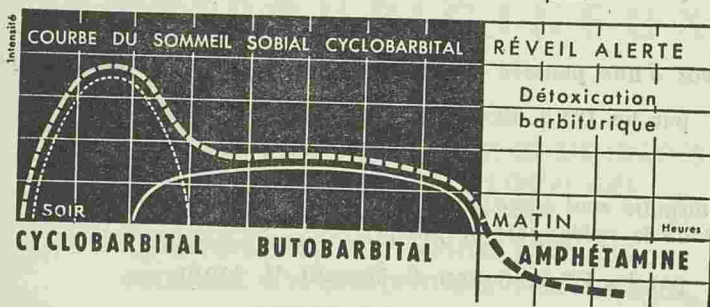
• **Un starter** : CYCLOBARBITAL

Barbiturique rapide, intense et bref, d'absorption gastrique directe.

• **Un relais** : BUTOARBITAL

Barbiturique d'action intermédiaire, d'absorption intestinale retardée grâce au principe du comprimé à couches concentriques

et **un réveil alerte**, assuré par l'AMPHÉTAMINE.  
Détoxication permanente des barbituriques.



*Un sommeil calqué sur le sommeil naturel*

1 à 2 comprimés le soir au coucher. (Enfants : 1 comprimé).  
Boîte de 40 comprimés dragéifiés

MÉDICAMENT REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES SOBIO - 20, rue d'Aumale, PARIS-9<sup>e</sup> - FIG. 66-59

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

ALGERIE : Toutes Pharmacies.

MAROC : Ets PÉLISSARD - 16, Rue Dumont d'Urville - CASABLANCA.

## A propos de trois cas d'infarctus aigu du myocarde à forme abdominale

par H. BONAN, G. BORSONI, A. CHARRAD et A. DAMÉLE

Il nous a été donné de voir en deux mois dans le service de médecine de l'Hôpital de la Libération trois cas d'infarctus du myocarde à symptomatologie abdominale.

Nous ne relaterons que celui qui nous a paru le plus typique.

Sabah Ben A..., présumé né en 1990, entre dans le service le 17 janvier 1956 dans un état de choc assez prononcé. L'interrogatoire difficile nous apprend qu'il est malade depuis un mois.

Cela a débuté par un léger fébricule, une asthénie croissante qui empêche finalement le malade de marcher et des douleurs des deux hypochondres, assez vives mais fugaces, sans horaire précis.

A l'examen on se trouve en présence d'un malade extrêmement abattu qui répond mal aux questions qu'on lui pose, la température est à 36°9, la T.A. est pincée à 11/9 (Vaquez); tout le reste de l'examen clinique est absolument négatif, sauf la palpation de l'abdomen qui réveille une douleur au niveau de l'hypochondre droit, et du creux épigastrique; la base pulmonaire droite semble sub-mate, mais une ponction exploratrice ne ramène rien.

On déchoque le malade, on le réveille, on remonte sa tension à 12/8 et on voit s'installer une température en plateau à 38°/39°.

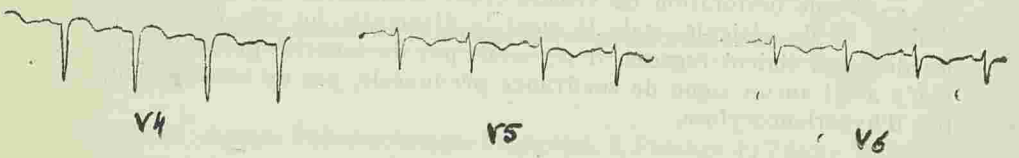
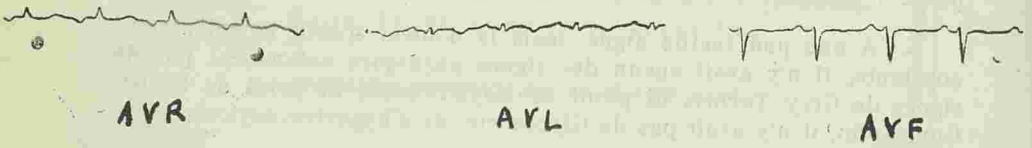
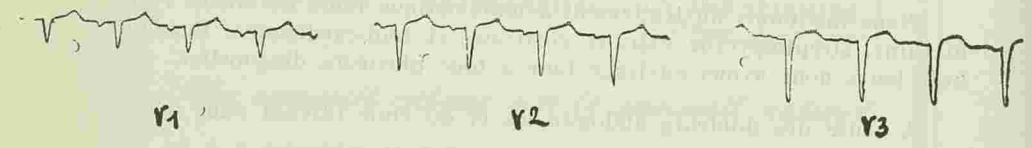
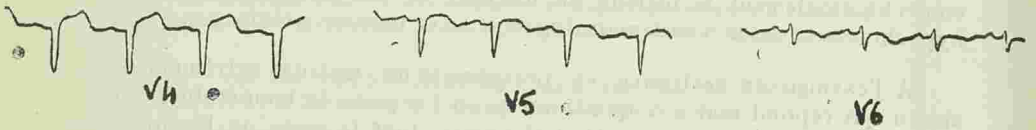
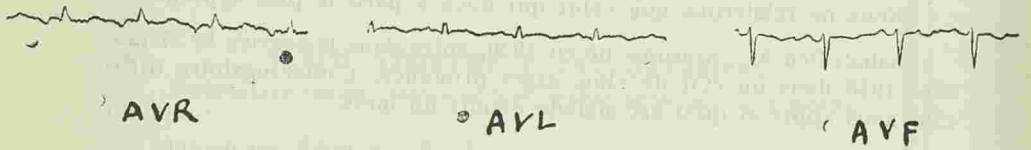
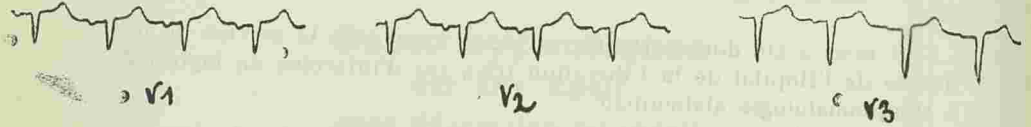
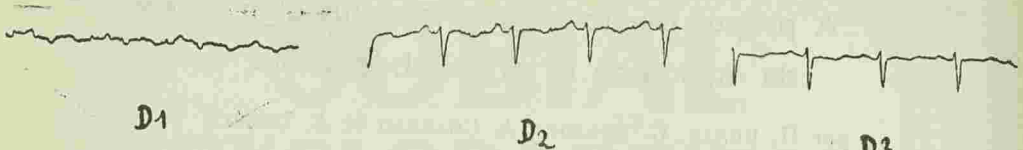
Nous instituons un traitement symptomatique faute de mieux : pénicilline, streptomycine extraits corticaux et toni-cardiaques. Pendant huit jours nous avons envisagé tour à tour plusieurs diagnostics.

A cause des douleurs abdominales et du choc intense nous avons pensé :

— A une pancréatite aiguë, mais la douleur n'était ni intense, ni constante, il n'y avait aucun des signes physiques notamment pas de signes de Grey Turner, ni point de Mayo-Robson, ni point de Mallet-Guy. Enfin, il n'y avait pas de Glycosurie, ni d'hyperleucocytose.

— A une perforation de viscère creux notamment une perforation d'ulcus ou de vésicule, mais là aussi le diagnostic fut vite écarté car les douleurs étaient fugaces, il n'y avait pas de sonorité préhépatique, il n'y avait aucun signe de souffrance péritonéale, pas de constipation, pas d'hyperleucocytose.





— A un infarctus du mésentère, mais nous étions loin d'avoir ce que l'on a pu appeler « la plus effroyable des douleurs abdominales », il n'y avait pas eu de selles sanglantes, il n'y avait pas d'hyperleucocytose.

A cause de la température en plateau nous avons pensé :

— A une fièvre typhoïde ou à un typhus, mais les divers examens de laboratoire (hémoculture, sérodiagnostic, azotémie...) sont négatifs. La tifomycine est sans effet, néanmoins c'était là un diagnostic assez plausible.

— A une tuberculose pulmonaire à forme granulique, mais nous n'avions ni dyspnée, ni cyanose, la cuti était négative, la radiographie normale. De même nous n'avons pas cru pouvoir retenir la possibilité d'une localisation bacillaire extra pulmonaire faute de signes de localisation.

— A une mélitococcie, mais l'intradermo était négative. Nous ne voudrions pas allonger outre mesure l'énoncé des questions que nous nous sommes posées et après huit jours d'observation la température était toujours à 39° et nous n'avons pas de diagnostic lorsque l'un d'entre nous pensa à la possibilité d'un infarctus aigu du myocarde. Un électrocardiogramme demandé aussitôt montra :

— Rythme sinusal régulier. Arc de Q.R.S. à  $-90^\circ$ .

En D1, V2, V3, V4 et V5, il existe une onde Q, un segment S.T. surélevé couvert en haut, englobant plus ou moins une onde T négative : ce sont là des signes d'un infarctus antérolatéral récent.

— Un second examen pratiqué deux jours plus tard montre les mêmes anomalies mais S.T. se rabaisse et l'onde T se dégage du segment S.T. signant l'évolution électrique normale d'un infarctus.

Nous instituons dès la lecture du premier électro cardiogramme un traitement par héparine I.V. à la dose de 300 m/mgr par jour, largactyl, dolosal, phénergan et tonicardiaques mineurs, en suivant le taux de prothrombine et le test de résistance à l'héparine.

Aussitôt la T descend entre 37° et 38°, les douleurs disparaissent et le malade semble enfin évoluer vers la convalescence lorsqu'il fait une mort subite le 31 janvier dans la nuit au cours d'une injection I.V. au moment où l'on pique sa veine.

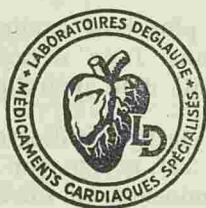
Nous avons vu ainsi trois malades semblables en l'espace de deux mois, les deux autres sont encore en vie.

Ces observations nous ont semblé présenter un intérêt diagnostique digne de votre attention.

En effet, si les infarctus à symptomatologie abdominale sont connus, ils restent tout de même assez peu fréquents surtout dans leur forme aiguë.

Dans le cas que nous avons développé nous avons eu toute latitude en milieu hospitalier pour demander et obtenir tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic. En pratique de ville cela eût été bien plus difficile voire impossible même chez des clients aisés. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'attirer votre attention sur ces observations car, impressionnés par cette série, il nous semble qu'il suffise de penser plus facilement à ce diagnostic d'infarctus aigu du myocarde à symptomatologie abdominale, pour éviter bien des examens inutiles, et des erreurs de traitement, dans des cas qui demandent un diagnostic rapide et précis, une thérapeutique efficace et assurée.

Il nous semble que chez un malade sans antécédents digestifs qui présente une symptomatologie atypique, pour lequel aucun diagnostic abdominal ne semble pouvoir être fait, qui est choqué, dont la tension artérielle est pincée, il faut savoir penser aux infarctus aigus du myocarde et faire au plus vite les examens nécessaires.



**LABORATOIRES DEGLAUDE**

15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV\*

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**DIGIBAÏNE**

Tonique cardiaque

**SPASMOSÉDINE**

Sédatif cardiaque

SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



## SPLÉNOMÉGALIE

Seule traduction clinique d'un cancer de la queue  
du pancréas. Intérêt de la splénoportographie

par MM. R. GANEM, S. MESTIRI, H. AYARI  
(Hôpital Sadiki - Tunis)

L'importance du retentissement splénique des tumeurs du corps et de la queue du pancréas a été amplement démontrée par la splénoportographie. Notre observation concerne une malade porteuse d'un cancer de la queue du pancréas qui se présentait cliniquement et opératoirement comme une tumeur splénique. La splénoportographie a efficacement contribué à poser le diagnostic.

## OBSERVATION :

Il s'agit d'une malade d'une cinquantaine d'années, admise dans le Service le 31-10-55 pour splénomégalie isolée.

Dans les antécédents, paludisme chronique sans autre parasitose.

Elle présente une tumeur de l'hypochondre gauche ayant tous les caractères d'une grosse rate, mobile, indolore, arrivant jusqu'à l'ombilic.

Pas de douleurs, si ce n'est une pesanteur de l'hypochondre gauche.

Pas de circulation collatérale, pas d'hématémèse; ascite légère.

Etat général bon, sauf une légère anémie.

H.B. . . . . .	70 %
Valeur globulaire . . . . .	0,96
Globules rouges . . . . .	3.608.000
Globules blancs . . . . .	7.100
Polynucléaires neutr. . . . .	64 %
Polynucléaires éosino . . . . .	3 %
Monocytes . . . . .	10 %
Moyens mono. . . . .	8 %
Lymphocytes . . . . .	15 %

**CALCIUM  
CORBIÈRE  
BUVABLE**

*vitaminé*

**C. D. P. P.**

2 FORMES

**"Normal"**

C. D. P. P.

**GROSSESSE  
ALLAITEMENT  
CROISSANCE  
ANOREXIE  
STRESS**

Boite 8 ampoules 10cc.  
Coffret 24 ampoules 10cc.

**"Fort"**

C 500.D. PP 100 mg.

**dépansions  
du tonus  
SURMENAGE  
PHYSIQUE ET  
INTELLECTUEL**

Boite 16 ampoules 10cc.

**1 à 3 ampoules par jour**

**— REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE —**

27, Rue des Renaudes. PARIS (XVII<sup>e</sup>)

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

Anésocytose légère :

Temps de saignement ..	2 mn
Temps de coagulation ..	8 mn
Azotémie . . . . .	0,30
Cholestérol . . . . .	1,50 gr
Mac Lagan . . . . .	32
Taux de prothrombine	100 %
Protéines . . . . .	5,80
Hg. . . . .	11,50
Hématocrite	34.

### S P L E N O P O R T O G R A P H I E :

Pression : 34 cm d'eau.

Sur le cliché : grosses dilatations des veines intra-spléniques.

A aucun moment, *il n'y a d'opacification de la veine splénique.*  
Bien au contraire, on note :

1° Une empreinte au niveau du hile de la rate.

2° Une circulation collatérale importante avec les veines diaphragmatiques, les vaisseaux de la grande courbure gastrique et les vaisseaux de la loge splénique.

A aucun moment, il n'y a d'opacification du tronc spléno-portal.

### D I A G N O S T I C :

Thrombose de la veine splénique.

Intervention le 17-11-55.

La malade est opérée avec le diagnostic de tumeur splénique.

*Protocole opératoire* : Anesthésie, protoxyde éther avec intubation.  
Laparotomie médiane sus ombilicale.

Rate volumineuse, très dure, adhérente au diaphragme et à la paroi.  
Libération des adhérences qui sont très hémorragiques et extériorisation.

Il s'agit manifestement d'une rate néoplasique; la tumeur est surtout hilare. On aperçoit par transparence des boyaux néoplasiques dans la lumière de la veine splénique. D'autre part, la queue du pancréas est intimement adhérente à la rate si bien que la section du pédicule splénique se fait très loin du hile et que la splénectomie emporte aussi toute la queue du pancréas.



Suture de la tranche pancréatique.

Suture de la paroi en deux plans.

Lame de caoutchouc déclive.

L'ouverture de la pièce fait porter macroscopiquement le diagnostic de sarcome de la rate.

*Examen histologique* : Révèle la véritable nature de la tumeur (D<sup>r</sup> GORDEEF).

Epithélioma cylindrique canaléculaire du pancréas envahissant la rate qui est scléreuse et dont une zone est nécrosée.

Suites très simples.

Quitte l'hôpital le 15<sup>e</sup> jour. Bonne cicatrisation.

Revue trois mois après :

— Aucune tumeur décelable à l'examen clinique.

Disparition de la douleur et de la pesanteur. Très bon état général.

Radio estomac et duodenum : estomac et cadre duodénal normaux. Aucune récurrence radiologiquement décelable.

#### C O M M E N T A I R E S :

Cette observation appelle les commentaires suivants :

##### 1<sup>o</sup> Du point de vue clinique :

C'est une forme de cancer de la queue du pancréas traduite uniquement par des tiraillements de l'hypochondre gauche.

Le symptôme majeur décrit par DA COSTA en 1858 : la douleur dorsale n'existait pas dans notre observation.

Serait-ce parce que les plexus nerveux prévertébraux n'étaient pas atteints par le processus néoplasique ?

##### 2<sup>o</sup> Du point de vue radiologique :

A) L'aspect morphologique de la splénoportographie rejoint celui qui a déjà été décrit par LÉGER, CAROLI, PARAL, à savoir :

— La compression ou thrombose de la veine plénique.

— Dilatation des veines intraspléniques par injection rétrograde.

— Circulation collatérale entre la rate et les parois de sa loge.

Néanmoins, cette image si évocatrice n'est pas pathognomonique puisque CAROLI et PARAL l'ont décrite à propos des autres affections de la queue du pancréas (pancréatites chroniques, kystes).

B) Il n'y a pas de modifications radiologiques de la grande courbure gastrique et du cadre duodénal, trois mois plus tard.

**ARTÉRITES  
ATHÉROSCLÉROSE  
DÉCHOLESTÉRINISATION  
HYPERTENSION  
SÉNESCENCE**

# **THIAMALGYL** **CHOLINE** *Vitaminé C*

Iodhydrate d'iodothiamine  
Chlorhydrate de choline  
Acide L. Ascorbique

**INJECTABLE** **5 cc. indolore**  
INTRAMUSCULAIRE

**COMPRIMÉS** 5 comprimés = 1 ampoule



**PAS D'APPORT DE SODIUM (RÉGIMES RESTRICTIFS)**

REMBOURSABLE AUX A.S.

### 3° Du point de vue chirurgical :

L'intérêt de notre observation réside dans le fait que macroscopiquement et pièces en mains, nous pensions à une tumeur proprement splénique, la palpation du corps et de la queue du pancréas ne nous avaient rien révélé d'anormal.

Cependant deux signes auraient dû attirer notre attention (mise à part l'aspect de la splénoportographie).

a) L'impossibilité de cliver la queue du pancréas du hile splénique.

b) L'envahissement par des boyaux tumoraux des vaisseaux spléniques qui nous oblige à sectionner le pédicule très loin du hile et à ne réaliser qu'une pancréatectomie à la demande.

### E V O L U T I O N :

Notre malade revue trois mois après est en bon état général sans douleurs, sans tumeur palpable cliniquement ni radiologiquement décelable.

Est-ce à dire qu'elle est à l'abri de toute récurrence ? Notre pancréatectomie à minima a-t-elle emporté toutes les lésions ? Faudrait-il dans un temps ultérieur réaliser une exérèse plus large ?

En conclusion, cette observation vient s'ajouter à toutes celles de LÉGER, CORNET, CAROLI, PARAF, qui ont insisté sur le retentissement splénique du cancer de la queue du pancréas.

On ne saurait trop insister sur la nécessité de généraliser la splénoportographie pour toute splénomégalie; seule, bien souvent, elle pose le diagnostic.

Ainsi chez notre malade porteuse d'une splénomégalie (si fréquente dans notre pays et étiquetée bien souvent grosse rate palustre), elle a pu conduire vers le diagnostic redoutable de cancer de la queue du pancréas.

### BIBLIOGRAPHIE

- BRENTON SMITH et BALDWIN SEBRIGHT : Cancer du corps et de la queue pancréas. *Annals of internal medicine* 1952. Vol. 36.
- ABNATICI CAMPI, FERRERO : Courbe de distribution de la circulation spléno-portale. *Minerva chirurgica* N° 7 à N° 23.
- CORNET, Cancer du corps du pancréas décelés par splénoportographie. *Semaine des Hôpitaux*, N° 75, décembre 1954.
- LÉGER et QUENU, Phlébites tronculaires de la veine porte. *Mémoires académie de chirurgie*, 27 janvier 1954, N° 145.
- LÉGER, LAJACAMINE, CORNET ARNAVIÈCHE : 6 retentissements spléniques des affections pancréatiques. *Presse médicale*, 28 avril 1954, 62 - N° 31.



**Société des Sciences Médicales de Tunisie**—o—  
VENDREDI 25 MAI 1956  
—o—*Communications :*

*Processus de destruction vertébrale par Anévrisme aortique,*  
par le D<sup>r</sup> J. LAURENTI.

*Radiocinématographie - Film de M. le D<sup>r</sup> PORCHER présenté,*  
par Mme J. DAUD.

*Intérêt de la connaissance des formes mineures de la malnutrition  
protidique chez l'enfant tunisien,*  
par les D<sup>rs</sup> A. CORCOS et Ch. TABBANE.

*Essais de traitement de l'amibiase intestinale par la spiramycine,*  
par les D<sup>rs</sup> H. BONAN, M. KHIARI, G. BORSONI, R. DUPOUX.

*Ostéopécilie familiale,*  
par les D<sup>rs</sup> J. LAURENTI et TEMAN.

  
—o—**Foie - Fer - Cobalt****TOT' HÉMA**

8 gammas

**Vitamine B<sub>12</sub>****Une à deux ampoules buvables par jour**

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
" ROCHE "

9 = 1  
*vitamines* *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans* : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).

*Au delà de 2 ans* : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.

Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).

PRODUITS " ROCHE " S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4<sup>e</sup>

## Les formes mineures de la malnutrition protidique chez l'enfant tunisien

par A. CORCOS et Ch. TABBANE

—o—

En période d'hiver, sur 40 lits réservés aux enfants à l'Hôpital Ernest Conseil, une dizaine sont occupés par des enfants atteints de dystrophie nutritionnelle. Comme dans beaucoup de pays sous-développés nous avons étudié les formes majeures, spectaculaires de la malnutrition : gros œdèmes, lésions pellagroïdes, pâleur, atteinte psychique, etc... Mais les formes mineures sont beaucoup plus fréquentes et ne semblent pas avoir attiré suffisamment l'attention des médecins. Les signes en sont, en effet, relativement discrets. Voici une observation prise parmi tant d'autres :

Enfant de 22 mois hospitalisé pour troubles digestifs. On constate une hypotrophie marquée sans aucun aspect de gravité. Pas d'œdème. Peau apparemment saine mais un peu sèche avec une desquamation très fine dans le dos; cheveux secs. Les membres grêles contrastent avec un ventre plutôt gros. Le foie dépasse d'un travers de doigt le rebord costal; rate non palpable; absence de ganglions.

L'enfant a 16 dents en bon état (1<sup>re</sup> dent à 8 mois); la faiblesse de ses masses musculaires ne lui permettent plus de marcher. Une radiographie du poignet ne montre pas de lésions rachitiques des épiphyses.

Par ailleurs l'enfant a un appétit normal.

Les antécédents de ce petit malade sont très suggestifs : 10<sup>e</sup> enfant d'une famille pauvre; au sein 20 mois; adjonction de mie de pain et de pâtes à son régime. Les troubles que nous avons décrits ont débuté 4 mois avant le sevrage.

Examens spéciaux : cuti-réaction négative — examen des urines : rien à signaler — un hémogramme décele une anémie hypochrome peu accentuée — radiographie du thorax et du poignet : aucune anomalie notable — protéines totales : 37 g 20. La courbe électrophorétique montre une diminution des globulines.

Hépatogramme (Mme GORDEEFF - Institut Pasteur).

Stéatose à vacuole unique des cellules hépatiques au pourtour des espaces portes qui sont infiltrés d'éléments inflammatoires mononucléés.

Le traitement prescrit a été : lait en poudre, yaourt, jus de viande, complexe vitaminique A + B + C + D<sup>2</sup>, choline et fer.



Au bout d'une semaine l'état de l'enfant s'est transformé; aspect lisse et recoloration des téguments, appétit vorace, caractère enjoué.

La plupart de nos observations se superposent à celles que nous venons de relater. Très souvent arrivent dans notre service des enfants de 1 à 3 ans hospitalisés pour une quelconque affection saisonnière et que nous gardons quelques semaines après la guérison de leur affection intercurrente pour soigner un état de malnutrition discret qui jusque-là n'a attiré ni l'attention des parents, ni même du médecin non averti. Les enfants sont classés vaguement hypotrophiques et les prescriptions sont généralement inadéquates : vitamine D<sup>2</sup> à forte dose, calcium, préparations iodées quand ce n'est pas du sérum salé ou sucré injecté intempestivement et cause évidente d'œdème.

Pourtant dès l'interrogatoire le médecin peut s'orienter : misère sociale, mère épuisée, lait maternel rapidement apauvri, allaitement prolongé n'empêchant pas d'ailleurs l'éclosion des troubles nutritionnels que vient aggraver l'institution d'un régime farineux traditionnel dans cette classe misérable.

Cliniquement on est frappé par l'hypotrophie musculaire, une pâleur jaunâtre, une peau sèche, desquamant légèrement dans le dos. Foie de volume normal, parfois hypertrophié. Les carences vitaminiques sont contingentes. Notons en passant l'état souvent excellent de la denture.

Cependant ces formes mineures de malnutrition se différencient des formes majeures :

- a) par l'absence d'œdème, de lésions cutanées et, élément d'importance, l'absence d'anorexie;
- b) histologiquement il n'y a qu'une stéatose minime dans la périphérie de lobule;
- c) l'évolution est très souvent favorable sous l'effet du traitement; l'amélioration est visible en quelques jours à peine.

Mais quel est le pronostic lointain de ces troubles nutritionnels guéris ?

Durant la maladie, le foie montre une perte de la trabéculatation cellulaire avec tuméfaction des cellules centrolobulaires et quelques îlots de stéatose à la périphérie du lobule; quelques infiltrats inflammatoires se voient dans l'espace porte.

Ultérieurement, après la disparition des signes cliniques, le lobule hépatique reprend un aspect progressivement normal mais une légère fibrose persiste dans l'espace porte.

Dans le cas où l'enfant persiste ou retombe dans les erreurs alimentaires, les lésions hépatiques s'aggravent, la stéatose se généralise.

de larges travées collagènes envahissent les espaces portes. Ces formes peuvent guérir mais il persiste une sclérose importante qui élargit les espaces portes.

Nous avons constaté de pareils cas.

Certains auteurs s'appuient sur cet aspect de fibrose résiduelle pour conclure à l'origine malnutritionnelle de certaines cirrhoses de l'enfant (ou de l'adulte).

En fait, notre expérience en Tunisie ne nous a jamais montré ce monde évolutif chez l'enfant. Les rechutes dans la malnutrition conduisent plutôt à une dégénérescence graisseuse totale irréversible. Du reste nous constatons d'une part de très nombreux cas de malnutrition et d'autre part, soit des cas de décès par stéatose hépatique généralisée dans les cas graves, soit des enfants d'âges divers dont le foie n'attire aucunement l'attention.

Par ailleurs, une exploration clinique systématique du foie chez les enfants des écoles coraniques de Mélassine (banlieue misérable de Tunis) révèle un pourcentage infime de gros foie.

Ces quelques considérations confirment les idées que nous avons émises en 1953 (« Le Nourrisson », 1953, N° 4) sur le pronostic des formes graves.

Cela nous amène à conclure ce travail en insistant sur l'intérêt pratique considérable de la connaissance des formes mineures de la malnutrition protidique, qui sont très fréquentes en Tunisie. Il est certain que le facteur social prend une responsabilité prépondérante dans la genèse de cette pathologie et c'est évidemment sur ce facteur qu'il faut agir.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)

choline, papaine  
sels biliaires  
boldo

**EUCHOBYL**

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

TUNISIE : SPECIMENHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

# COLITES PARASITAIRES

**PARAMIBE**

(dibromo-oxyquinoleine)

**ANTIDIARRHEIQUE**

**POLYVALENT**

AMIBES

BACILLES

Dans les poussées douloureuses on obtient un effet transitoire fort utile par l'administration d'Histabutizine (\*)

**APHILAN-R**

(Histabutizine)

(\*) M. COHEN - *Tunisie Médicale*, N° 3, 1956).

UCEPHA : 24, Rue des Ursulines — SAINT-DENIS (Seine).

TUNISIE : J. BERREBBI — 81, Avenue de Londres - TUNIS.



## Essais de traitement de l'amibiase intestinale par la spiramycine

par H. BONAN, M. KHIARI, G. BORSONI et R. DUPOUX

Depuis l'avènement des antibiotiques, le traitement de l'amibiase intestinale par cette méthode a fait l'objet de nombreux travaux et de multiples publications. L'Auréomycine, la Terramycine, et plus récemment l'Erythromycine sont entrés dans l'arsenal thérapeutique anti-amibien, qui, par ailleurs s'est enrichi dans le même temps de nouveaux amœbicides.

Bien que le mécanisme d'action des antibiotiques vis-à-vis de l'amibe soit encore mal défini, action directe avancent les uns, action indirecte soutiennent les autres, il n'en est pas moins que cette action est réelle et que, pour le moment, les antibiotiques constituent un bon adjuvant dont l'intérêt est loin d'être négligeable dans cette thérapeutique toujours prolongée et parfois décevante de l'amibiase. Et ceci justifie la constance des chercheurs à pousser l'expérience dans ce domaine, au fur et à mesure qu'apparaissent des antibiotiques nouveaux.

Dans le cadre de cette thérapeutique, l'un des derniers venus la Spiramycine dont le spectre bactérien est voisin de l'Erythromycine a tout dernièrement été expérimenté par G. CHARMOT et J. DELAHOUSSE. Les résultats favorables qu'ils ont obtenus sur les 10 amibiens qu'ils ont traités au moyen de cet antibiotique, ont été communiqués à la Société de Pathologie Exotique (séance du 14 mars 1956). Ces auteurs concluent à l'activité constante de la Spiramycine dans leurs observations, activité qui leur a paru sensiblement superposable à celle des tétracyclines.

Nous avons entrepris les mêmes essais, lorsque nous avons eu connaissance de leur travail. Encouragés par les résultats annoncés par ces auteurs et par ceux que nous avons nous-mêmes constatés chez nos malades déjà traités, nous avons poursuivi notre expérimentation et nous avons réuni 14 observations que nous vous présentons.

Chez ces 14 malades, porteurs d'amibes dysentériques dûment constatées dans les selles, le traitement a consisté uniquement en l'administration d'une dose de Spiramycine égale à 3 grammes par jour chez les adultes (12 comprimés) pendant 8 jours consécutifs chez 6 d'entre eux, et pendant 10 jours consécutifs chez 7 autres. Un malade, ayant dû quitter précipitamment l'hôpital n'a reçu la dose que pendant 6 jours seulement. Les examens coprologiques après la cure, ont été effectués au moins à trois reprises espacées chez tous ces malades et chaque fois après purgation saline.

# CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne

Allitude : 400 m.

---

## SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

400 km. de Paris — Voitures directes — Express Thermaux

Paris et Marseille — Aérodrome d'Aulnat

---

**CHATEL GUYON** possède les eaux les plus riches du Monde en chlorure de magnésium assimilable.

**CHATEL GUYON** guérit l'intestin, constipation, colites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

La cure de **CHATEL GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges.

Elle guérit l'anaphylaxie et remonte l'état général.

**CHATEL GUYON** lutte contre la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

**CHATEL GUYON** est cholagogue, combat l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire, éclaircit le teint et guérit les entérites coloniales.

**CHATEL GUYON** est la Station idéale pour combattre l'amibiase.

**CHATEL GUYON**, par son chlorure de magnésium, prévient les tumeurs, tonifie et vitalise l'organisme.

Ses installations complémentaires inédites permettent de donner avec succès des soins gynécologiques, rhino-pharyngés, etc... cellulite.

### OBSERVATIONS

**CHATEL GUYON** a su se placer au premier rang du Thermalisme Mondial grâce aux modernisations et aux installations nouvelles, en partie inédites, entreprises depuis la Libération.

**CHATEL GUYON** a trouvé la récompense de ses efforts dans le succès toujours croissant qu'elle connaît.

**CHATEL GUYON** « est à l'avant garde du progrès », a pu écrire un membre de l'Académie de Médecine, le 14 août 1954, après visite des installations.

---

**Renseignements** : Société des Eaux Minérales et des Etablissements Thermaux — Grands Thermes — CHATEL GUYON

OBSERVATION N° 1. — Mohamed Ben A..., 37 ans. Entré à l'Hôpital de la Libération le 8 décembre 1955 pour douleurs épigastriques post-prandiales précoces, sans périodicité évoluant depuis deux ans et demi. Pas de diarrhée ni de vomissements.

A l'examen, on note une douleur marquée au niveau du cadre colique et des réflexes très vifs. Le signe de Schwostek est positif. Une radiographie de l'estomac et du duodénum montre une gastroduodénite. Un examen des selles le 10 décembre révèle la présence d'amibes dysentériques forme végétative et trichomonas.

Spiramycine 3 grammes par jour pendant 10 jours du 14 au 23 décembre inclus.

En fin de cure 4 examens de selles pratiquées les 24, 27, 28 et 29 décembre ne montrent plus d'amibes mais des trichomonas.

OBSERVATION N° 2. — Mohamed Ben S..., âge 30 ans. Entré à l'Hôpital de la Libération le 22 décembre 1955 pour une anémie importante. Malade pâle, conjonctives décolorées, grosse rate et souffle systolique anorganique de la pointe.

Tous les examens paracliniques sont négatifs sauf deux analyses de selles qui révèlent la présence d'amibes dysentériques, forme végétative.

On administre 3 grammes de Spiramycine par jour pendant 10 jours, du 28 décembre au 7 janvier.

Trois examens de selles pratiqués après la cure les 9, 11 et 12 janvier sont négatifs.

OBSERVATION N° 3. — Man... François, 54 ans. Entré à l'Hôpital de la Libération le 20 décembre 1955 pour diarrhée fébrile évoluant depuis un mois. 3-4 selles par jour, pâteuses, glaireuses. Coliques modérées. La température oscille entre 38 et 39. L'auscultation pulmonaire révèle une zone suspecte à la portion supérieure du poumon gauche, confirmée par la radiographie qui montre un infiltrat non excavé. Bacilloscopie positive.

Les selles examinées le 24 décembre montrent des amibes dysentériques.

En même temps que le traitement de la bacilliose (Dihydrostreptomycine, P.A.S. et Isoniazide) on donne pour l'amibiase 3 grammes de Spiramycine par jour pendant 10 jours, du 29 décembre au 7 janvier inclus. Dès le troisième jour la diarrhée s'arrête, ce qui nous confirme qu'il s'agissait bien d'une diarrhée amibienne et non d'une diarrhée tuberculeuse, diarrhée dont on connaît la tenacité.

La Spiramycine a été supportée sans aucun malaise malgré son adjonction à la thérapeutique antibacillaire.



# Ampho-Vaccin Intestinal à ingérer

*Ramène à la normale  
le microbisme intestinal  
dévié  
sans détruire l'équilibre  
naturel  
de la flore intestinale*

## POSOLOGIE

CAS AIGUS : 2 à 4 ampoules par jour

CAS CHRONIQUES et AUTO-INTOXICATIONS

1<sup>er</sup> semaine : 2 ampoules par jour

2<sup>ème</sup> semaine : 1 ampoule par jour

3<sup>ème</sup> semaine : 1 amp. tous les 2 jours

**LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE**

TUNISIE : SPÉCIMÉDHY - 37, Rue d'Isly - TUNIS

Trois examens de selles post-cuve, les 9, 11 et 12 janvier sont restés négatifs.

OBSERVATION N° 4. — Salaa Ben M..., 42 ans. Entré à l'Hôpital Ernest Conseil le 24 décembre 1955 pour troubles digestifs, Perte de l'appétit, nausées, douleurs intestinales. Malade sub-fébrile. Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression. Corde colique droite. Alternatives de diarrhée et de constipation. Pour le moment la malade est constipée.

Examens des selles = présence d'amibes dysentériques.

Traitée avec 3 grammes de Spiramycine par jour pendant 8 jours (du 31 décembre au 7 janvier inclus).

En fin de cure, la constipation persiste, et la colite ne semble pas avoir été sensiblement améliorée, mais on ne retrouve plus d'amibes dans les selles qui sont examinées successivement les 10, 16 et 18 janvier.

Donc chez cette malade action sur les parasites, peu d'action sur la colite.

OBSERVATION N° 5. — Manoubia Ben H..., 24 ans. Entrée à l'Hôpital Ernest Conseil le 31 décembre 1955.

A fait en juillet 1955, il y a par conséquent 5 mois, un épisode dysentérique aigu qui a été traité par Emétine et Direxiodé. Amélioration à la suite qui s'est maintenue jusqu'à mi-décembre. A cette date nouvel épisode aigu avec selles sanglantes, glaireuses, ténesme, épreintes et douleurs intestinales. Cette fois la malade ne fait pas appeler de médecin et se soigne à sa façon sans que nous puissions préciser comment. Spontanément la diarrhée s'arrête et fait place à une constipation opiniâtre en même temps qu'une fièvre élevée s'installe. C'est alors que la malade entre dans notre service.

La température est à 40°. La malade se plaint de violentes douleurs intestinales; le ventre est douloureux, ballonné. Corde colique droite et gauche. On administre une purgation saline et les selles recueillies montrent la présence d'amibes dysentériques en grand nombre.

A la suite de cette purgation la fièvre tombe.

Le traitement à la Spiramycine est institué le 4 janvier sans l'adjonction d'aucune autre médication - 3 grammes par jour pendant 8 jours (du 4 au 11 janvier inclus).

Les douleurs intestinales se calment en moins de 48 heures. La constipation disparaît dans le même laps de temps; la malade a 2 selles par jour qui dès le 4<sup>e</sup> jour sont moulées, normales.

Après la cure, dès l'arrêt de la Spiramycine, il n'y a plus qu'une selle par jour. — Trois examens de contrôle les 12, 16 et 19 janvier restent négatifs.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade depuis sa sortie de l'hôpital. Les troubles n'ont plus reparu. Mais nous n'avons pas eu l'occasion de lui faire de nouvelles analyses des selles.

Nouveau

# AMŒBAL

MERCAPTO-ARSENICAL

(ARSENIC ORGANIQUE TRIVALENT EN LIAISON CHIMIQUE AVEC SON ANTIDOTE LE B.A.L.)

*ce  
nouvel anti-amibien  
de toxicité infime*

RÉNOVE  
LA THÉRAPEUTIQUE DES FORMES  
SUBAIGUËS et CHRONIQUES

*Efficacité maximum  
en un temps minimum*

5



COMPRIMÉS  
PAR JOUR

PENDANT

5

JOURS

chaque comprimé  
contient 100 millig.  
d'AMŒBAL

TORAUDE

AMŒBAL

- ▶ s'administre à PETITES DOSES  
10 millig./K. par jour - MAXIMUM 500 millig. par 24 h.  
en une seule prise, le matin avant le petit déjeuner
- ▶ négative les selles en CINQ JOURS
- ▶ ne provoque pas de réactions secondaires
- ▶ présente un large éventail d'activités  
AMIBIASES SUBAIGUËS ou CHRONIQUES  
LAMBLIASES — BALANTIDIASES  
TRICHOMONASES INTESTINALES — PIAN



OBSERVATION N° 6. — Khadidja Bent R..., 25 ans. Entrée à l'Hôpital Ernest Conseil le 29 décembre 1955 pour angine à points blancs, bronchite et diarrhée. Température 38°,2.

On institue tout d'abord un traitement à la Pénicilline qui amène la guérison de l'angine et de la bronchite. La température tombe à la normale, mais la diarrhée persiste (5-6 selles pâteuses par jour) qu'un traitement au Thiacyl n'arrête pas. La fièvre remonte les jours suivants entre 38 et 39°, et la malade se plaint de douleurs intestinales. L'examen des selles révèle la présence d'amibes dysentériques.

Le 6 janvier Spiramycine 3 grammes par jour, 8 jours (du 6 au 13 janvier inclus). Le 3<sup>e</sup> jour la diarrhée cesse. Mais ce jour-là, sans que nous ayons pu en déceler la raison la température, qui dans l'intervalle était descendue à 37, fait un brusque clocher à 40. Recherche des hématozoaires négatives. Sero diagnostic et hémoculture seront également négatifs. Cette subite poussée fébrile d'ailleurs ne dure que 24 heures et le lendemain la température retombe à la normale définitivement.

A partir de ce moment-là la malade ne se plaint plus de rien, elle n'a qu'une seule selle par jour moulée.

Quatre examens de contrôle après la cure pratiqués les 14, 18 et 23 janvier montrent la disparition des amibes.

OBSERVATION N° 7. — Sadok Ben A..., 21 ans. Entré à l'Hôpital Ernest Conseil le 19 décembre 1955 pour fièvre typhoïde confirmée. Au cours de sa maladie traitée par la Tifomycine, les examens systématiques de selles pour recherche des salmonelles montrent chaque fois la présence d'amibes dysentériques et trichomonas.

Après guérison de la typhoïde, un dernier examen de selles confirme les précédents.

Le malade est alors traité par la Spiramycine 3 grammes par jour, pendant 8 jours (du 11 au 18 janvier).

Les examens de selles en fin de cure les 19, 23 et 26 janvier ne montrent plus d'amibes, mais la persistance des trichomonas.

Il est à noter qu'entre le 1<sup>er</sup> examen après cure du 19 janvier et le deuxième du 23 janvier, le malade a fait de nouveau une reprise diarrhéique avec douleurs intestinales qui a duré une journée mais la présence d'amibes dans ces selles n'a pas été constatée, pas plus que dans les examens suivants. Cet incident semble avoir été provoqué par la purgation saline administrée le 19 janvier lors du premier examen de contrôle, purgation qui, sans doute, avait été mal tolérée par un intestin fragile de convalescent de typhoïde.

OBSERVATION N° 8. — Belgacem Ben B..., 15 ans. Entré à l'Hôpital Ernest Conseil le 5 décembre 1955 pour anémie, troubles intestinaux avec diarrhée. Mauvais état général. Température oscillant entre 37 et 38.

Il présente des signes de primo infection tuberculeuse confirmés par la radio. Les examens de selles montrent la présence d'amibes dysentériques et d'œufs d'ascaris.

En dehors du traitement de sa primo infection, on administre au malade de l'Hexylrescreine (2 cures à 10 jours d'intervalle) qui fait disparaître les œufs d'ascaris des selles où on ne retrouve plus le 9 janvier que des amibes dysentériques.

Spiramycine 3 grammes par jour 8 jours (du 11 au 18 janvier).

La diarrhée que le Thiacyl prescrit antérieurement avait atténué (le malade n'avait plus que 2 selles par jour, pâteuses), cesse 24 heures après le début du traitement en même temps que les douleurs intestinales disparaissent.

Les examens de contrôle effectués les 20, 23 et 26 janvier restent négatifs.

OBSERVATION N° 9. — Belgacem Ben K..., 55 ans. Entré à l'Hôpital Ernest Conseil le 10 janvier 1956 pour un syndrome dysentérique aigu. 15-16 selles par jour sanglantes et glaireuses. Ténésme. Epreintes.

Un traitement au Thiacyl institué provisoirement tout d'abord en attendant les examens de selles n'a aucune action.

Selles : amibes dysentériques et trichomonas.

Le 13 janvier alors que le malade a encore 12-13 selles par jour on commence le traitement de Spiramycine, 3 grammes par jour.

Après 48 heures la diarrhée s'arrête, les douleurs disparaissent ainsi que le ténésme et les épreintes et le malade se prétend guéri et parle de quitter l'hôpital. On le retient difficilement jusqu'au 19 janvier (7<sup>e</sup> jour du traitement) date à laquelle il exige formellement sa sortie sans que nous ayons pu faire les contrôles parasitologiques.

Cette observation bien qu'incomplète, puisque le traitement n'a été suivi que pendant 6 jours et qu'aucun examen de contrôle n'a pu être pratiqué, a malgré tout un intérêt, en raison de l'action très nettement et très rapidement favorable du traitement sur les symptômes fonctionnels chez ce malade.

OBSERVATION N° 10. — Hattab M..., 50 ans. Entré à l'Hôpital Ernest Conseil le 15 février 1956 pour troubles intestinaux du type colitique caractérisés avant tout par une diarrhée sanglante et glaireuse (6 selles par jour) accompagnée d'épreintes et de ténésme.

L'examen des selles met en évidence la présence d'amibes dysentériques.

Spiramycine 3 grammes par jour 8 jours (du 21 au 29 février). Action rapide sur les syndromes fonctionnels. Le malade n'a qu'une selle par jour après 3 jours de traitement.

ANTISEPTIQUE  
INTESTINAL

# ENTÉRO VIOFORME

IDOCHLOROXYQUINOLEINE

**SPÉCIFIQUE  
DES DYSENTERIES  
A PROTOZOAIRES**

**IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ**

**INSOLUBLE  
NON TOXIQUE  
NON IRRITANT**

*Entéro-colites*

*Amibiase aiguë et chronique*

*Dysenteries parasitaires*

COMPRIMÉS à 0,25 g

LABORATOIRES

111, B<sup>e</sup> VIVIER-MERLE. LYON

**CIBA**

PARIS, 57, QUAI D'ORSAY



Après cure, 3 analyses de selles pratiquées les 29 février 5 et 8 mars sont négatives.

OBSERVATION N° 11. — Abdelmejid Ben M..., 15 ans. Entré à l'Hôpital de la Libération le 8 janvier 1956 pour dyspnée asthmatiforme. L'examen clinique confirme le diagnostic d'asthme et un examen hématologique montre une éosinophilie à 6 %. Ce malade présentant par ailleurs des crises de colite et un abdomen douloureux, nous demandons un examen de selles qui révèle la présence de formes végétatives d'amibes dysentériques.

Spiramycine 3 grammes par jour 10 jours.

Trois examens de contrôle après la cure ne montrent plus d'amibes, mais des œufs de tricocéphales et des œufs d'ascaris pour lesquels un traitement est institué.

Le malade sort guéri le 8 mars 1956. Il n'a plus refait de crises d'asthme et n'a plus de signes de colite. Les amibes n'ont plus été constatées dans les selles.

OBSERVATION N° 12. — Moktar D..., 8 ans. Entré à l'Hôpital de la Libération le 22 février 1956 pour anémie très importante; pâleur cireuse, décoloration totale des conjonctives et des muqueuses, asthme, adynamie. L'hémogramme montre 2.400.000 globules rouges et un taux d'hémoglobine à 47 %. Ce malade provenant du Cap Bon, région à ankylostomiase, nous pensons à une infestation par ces parasites et nous demandons un examen des selles qui révèle la présence d'œufs d'ankylostomes, d'œufs d'ascaris et de formes végétatives d'entamoeba coli. Nous préconisons une cure de Diéthyl 1 Méthyl 4 Pipérazine (2 comprimés matin et soir 10 jours) suivie d'une cure de Tétrachloréthylène. Après ce traitement un nouvel examen de selles montre encore des œufs d'ascaris et en outre des formes végétatives d'amibes dysentériques. Nous faisons alors une deuxième cure systématique de Tétrachloréthylène suivie d'une cure de Spiramycine dont nous réduisons la dose à 2 grammes par jour pendant 10 jours, le malade étant âgé de 8 ans.

Les trois examens de contrôle à la fin de la cure de Spiramycine pratiqués les 4, 5 et 6 avril ne montrent plus que des œufs d'ascaris ce qui nous incite à reprendre une nouvelle cure de Diéthyl 1 Méthyl 4 Pipérazine.

Les amibes n'on pas réapparu dans les selles.

OBSERVATION N° 13. — Mohamed Ben A..., 23 ans. Originaire du Cap Bon, entré à l'Hôpital de la Libération le premier mars 1956 pour anémie importante. Pâleur cireuse, adynamie, vertiges. A l'examen, signes de colites et souffle cardiaque anorganique. Hémogramme : 1.300.000 globules rouges et un taux d'hémoglobine à 20 %.

L'examen des selles montre des œufs d'ankylostomes et des formes végétatives d'amibes dysentériques.

Deux cures de Tétracholorethylère sont d'abord prescrites, suivies d'une cure de spiramycine (3 grammes par jour, 10 jours) aidées d'injections quotidiennes de vitamine B. 12 à 1.000 y, d'extraits hépatiques et de fer bivalent.

Les trois examens coprologiques de contrôle après traitement les 6, 7, et 9 avril sont négatifs.

Le malade sort de l'hôpital avec 3.460.000 globules rouges et 66 % d'hémoglobine.

OBSERVATION N° 14. — Mohamed Ben M..., 15 ans. Entré à l'Hôpital de la Libération pour douleurs abdominales vagues que l'examen permet de rattacher à une colite.

Un examen de selles révèle la présence de formes végétatives d'amibes dysentériques.

Le traitement de Spiramycine est institué à raison de 2 grammes 25 par jour (soit 9 comprimés) pendant 10 jours, le malade chétif ne pesant que 38 kilos.

Un examen de selles fait en cours de traitement, le sixième jour, ne montre plus d'amibes, mais des kystes de lamblias. Cet examen est confirmé à la fin du traitement.

On fait suivre la cure de Spiramycine d'un traitement de Nivaqui-ne pour les lamblias.

Cinq examens de selles sont pratiqués ensuite les 17, 19, 20, 28 et 29 mars. Ils ne montrent plus d'amibes ni de lamblias.

#### COMMENTS

Dans nos observations, l'action de la Spiramycine s'est montrée nettement favorable, au moins dans l'immédiat, aussi bien sur les troubles fonctionnels qui ont disparu dès les premiers jours du traitement (sauf dans l'observation N. 4) que sur les amibes qui n'ont plus été retrouvées dans les selles après la cure.

CHAMOT et DELAHOUSSE qui, en cours de traitement ont examiné quotidiennement les selles de leurs malades, ont constaté que celles-ci reprennent leur aspect normal en moyenne en 4 jours, que les amibes disparaissent dans le même laps de temps et que les signes fonctionnels regressent en général 48 heures après le début du traitement.

Nous arrivons aux mêmes conclusions que ces auteurs en ce qui concerne les troubles fonctionnels dont la disparition est précoce (24-48 heures) et la normalisation des selles qui deviennent moulées au quatrième ou au cinquième jour. Malheureusement, (excepté pour l'observation n. 14) nous n'avons pas examiné microscopiquement les selles en cours de traitement comme l'ont fait ces auteurs, et nous ne pouvons par conséquent pas préciser comme eux le moment de la disparition des amibes. Mais nous pouvons affirmer que dans tous les examens de contrôle auxquels nous avons procédé après le traitement, nous ne les avons retrouvés chez aucun de nos malades. Ces examens, ainsi que nous l'avons déjà dit, ont été répétés chez tous nos sujets à trois repri-



# Lactophilus

complément vivant



des antibiotiques

INFECTIONS INTESTINALES

LABORATOIRE DE BACTÉRIOTHERAPIE LACTIQUE LAVRIL  
13, rue Pecler - Paris 15<sup>e</sup>



ses différentes et même à 4 et 5 reprises chez deux d'entre eux après purgation saline.

Par contre nous avons constaté la persistance des autres parasites lorsqu'ils étaient associés aux amibes. A la différence du Bemarsal, la Spiramycine semble n'avoir aucune action sur les trichomonas. Elle n'a pas agi davantage sur les lamblias, les ascaris et les ankylostomes dans nos observations.

Quant aux résultats tardifs, il nous est difficile actuellement d'émettre une opinion valable, n'ayant pas le recul suffisant. Toutefois, le traitement de nos premiers malades remonte à 5 mois, et le fait qu'aucun d'eux ne se soit de nouveau présenté à nous après sa sortie de l'hôpital, alors que nous leur avons fait promettre de revenir au cas où les troubles réapparaîtraient, semble être en faveur de la solidité du résultat, mais ce n'est qu'une présomption et non une certitude.

CHARNOT et DELAHOUSSE signalent des rechutes dans les trois mois qui ont suivi la cure, mais ils font observer qu'il s'agissait de malades à forme particulièrement sévère ayant déjà présenté auparavant des rechutes multiples souvent rapprochées malgré l'utilisation antérieure et à des posologies suffisantes de divers traitements amoebicides classiques. Il notent également la faiblesse relative des doses de spiramycine qu'ils ont administrées (2 grammes en général pour adultes et même moins par jour) doses qu'ils jugent, d'après leurs premiers essais insuffisante et qu'ils se proposent d'augmenter à l'avenir.

Nous sommes de cet avis et nous pensons que les doses supérieures doivent permettre d'obtenir un effet plus durable. Pour nos malades adultes nous avons adopté la dose de 3 grammes par jour (12 comprimés) pendant 8 jours chez les uns, pendant 10 jours chez les autres. Nous estimons que cette dose quotidienne de 3 grammes administrée pendant une dizaine de jours est susceptible de donner un effet plus stable que des doses inférieures. Nous reconnaissons toutefois qu'il est encore prématuré de l'affirmer avant que le comportement futur de nos malades ainsi traités et le recul aujourd'hui encore insuffisant nous ait permis d'en juger valablement. Cette posologie fort bien supportée sans le moindre incident ni malaise, peut d'ailleurs être dépassée en quantité et en durée, le cas échéant, étant donné la parfaite tolérance de cet antibiotique dont le spectre d'activité antimicrobienne ne comporte pas le même risque que les tétracyclines de provoquer des accidents diarrhéiques, voire même cholériformes, dont on connaît maintenant le danger. Cette innocuité de la Spiramycine la rend à nos yeux très préférable aux tétracyclines.

En conclusion, l'action de la Spiramycine, qui, dans nos observations, s'est montrée constante et rapide, nous autorise dès maintenant à considérer cet antibiotique comme un adjuvant précieux dans le traitement de l'amibiase aiguë ou chronique. Parmi les antibiotiques utilisés, sa parfaite tolérance et son innocuité, nous incitent à lui réserver une place de choix.

SYNERGIE ANTI-RHUMATISMALE

ATOPHAN -  
VITAMINÉ B<sub>1</sub>

*Cruet*  


LABORATOIRES CRUET

SERVICE SCIENTIFIQUE :  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS-VII<sup>e</sup>

TÉL. INV 74-19

USINES A CALAIS

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue d'Avignon — TUNIS

## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 8 JUIN 1956

*Communications :*

*Cortisone et métabolisme du calcium. - Un cas de tétanie au cours d'un traitement de l'asthme par la cortisone,*

par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, A. NAHUM et Ch. PÉREZ.

*Localisateur de Berman. - Progrès dans l'extraction des corps étrangers intra-oculaires,*

par les D<sup>rs</sup> H. RAIS, R. MABROUK et R. MAIZA.

*Hémorragies méningées à répétition par anévrysmes artériel et artérioveineux du corps calleux. - Intervention. - Guérison,*


par les D<sup>rs</sup> H. BONAN, J. THONIER et M. THONIER.

*Péricardite suppurée à pneumocoques. - Guérison rapide par antibiotiques et hydrocortisone locaux,*

par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, R. DIDIER, F. KRIEF, Mlle GHILEB et Ben OSMAN.

*Hématome sous arachnoïdien post-traumatique. - Intervention après deux mois. - Guérison,*

par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, L. CHATENIER, J. MINGUET et R. ZANA.

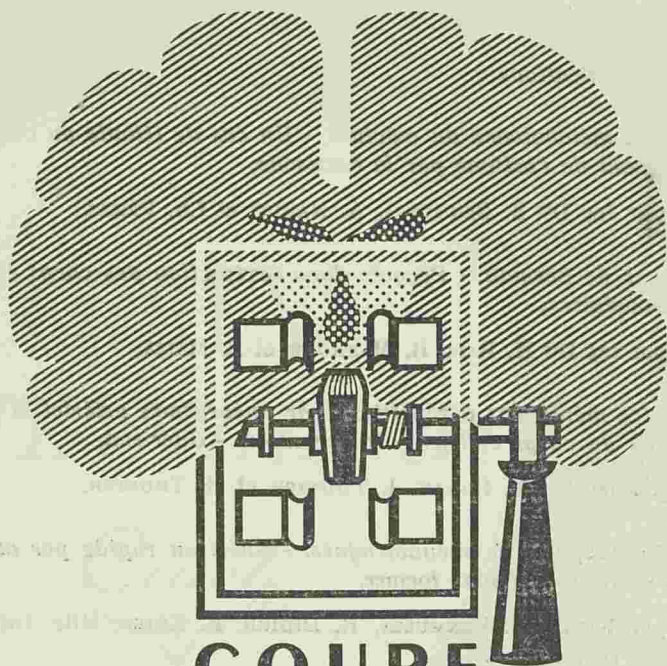

  
**SYMPATHYL**
  
 RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF
   
 3 à 8 comprimés par jour
   
 INNOThÉRA, 54, AVENUE PAUL-BOUMER, ARCUEIL (SEINE)



NOUVEAU DÉRIVÉ DE SYNTHÈSE

# N-OBLIVON

PSYCHO - SOMATO - PLÉGIQUE



## COUPE

L'EFFET DU STRESS ÉMOTIONNEL AU NIVEAU DE L'HYPOTHALAMUS

SYNDROMES SOMATIQUES DE L'ANXIÉTÉ

ANGOISSE  
APPRÉHENSION  
HYPERÉMOTIVITÉ

2 à 5 dragées par jour, en doses fractionnées

Tube de 30 dragées dosées à 0,10 g  
de Carbamate de méthyl-3 pentyne-1 ol-3

TOLÉRANCE PARFAITE • PAS DE SOMNOLENCE • PAS D'ACCOUTUMANCE

### LATEMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE - PARIS (8<sup>e</sup>)

REPRÉSENTANTS AUX COLONIES •

ALGÉRIE: Société PELASMEX, 8, rue Ampère,  
ALGER

TUNISIE: Agence Pharmaceutique Française,  
8, passage du 7-Mai, TUNIS

MAROC: P. PELISSARD, 16, rue Dumont-  
d'Urville, CASABLANCA

INDOCHINE: Comptoir Pharmaceutique d'Ex-  
trême-Orient, 31, Bd Charner, SAIGON

MADAGASCAR: Office Pharmaceutique Malgache, Bétoirika, TANANARIVE

## Tétanie au cours d'un traitement par la cortisone chez une asthmatique

D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, A. NAHUM et Charles PÉREZ

-o-

Les rapports de la Corticothérapie et du métabolisme du calcium étant actuellement à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de publier cette observation.

Il s'agit d'une asthmatique traitée par la cortisone et qui déclencha au cours du traitement des crises d'hypocalcémie avec Tétanie :

Mlle S..., âgée de 20 ans entre dans le service pour des crises d'asthme. Il s'agit d'une malade obèse, du type gynoïde avec des troubles des phanères.

Elle est en état de mal asthmatique, non calmé par la Théophylline.

A l'examen, cœur et tension sont normaux. Seuls les poumons présentent la dyspnée typique de l'asthme. Les crises coïncident souvent avec la période antérieure aux règles. Le D<sup>r</sup> GHARBI qui nous avait adressé la malade nous suggère de rechercher une cause endocrinienne à l'asthme.

De fait, la malade que nous avons dit obèse était fort mal réglée. Elle a des aménorrhées de 2 mois.

Cependant, les 17 ceto-stéroïdes sont à 8,8 par 24 heures.

La selle turcique est normale.

La malade est mise à la cortisone, à doses dégressives en commençant par 300 mmg par jour avec les thérapeutiques adjuvantes habituelles : potassium et régime déchloruré. Elle reçut en tout 3 grammes de Cortisone en un mois, cure entrecoupée d'une courte période d'A. C. T. H.

L'amélioration clinique fut rapide, la dyspnée disparaît. Cependant elle se plaint d'avoir des crises commençant par des fourmillements des extrémités, avec, dit-elle, une sensation de contraction des doigts.

L'un de nous essaya une épreuve d'hyperpnée provoquée. Au bout de deux minutes, une crise de tétanie typique est déclenchée, avec mains d'accoucheur, extension forcée des pieds, contractures de tous les membres. Le tableau est complété par une angoisse extrême.

Le signe de Chwostek est extrêmement net.

Deux ampoules de calcium intraveineuses arrêtent la crise. La calcémie est de 60 mmg le jour de la crise. Nous arrêtons la cortico-

thérapie et 3 jours après nous revoyons la calcémie qui est remontée à 114 mmg.

A titre d'épreuve nous reprenons la Cortisone à la dose de 100 mmg par jour seulement pendant 4 jours. De nouveau la calcémie redescend à 62 mmg.

L'action de la Cortisone sur l'hypocalcémie et le déclenchement de la tétanie paraissent donc établis.

Cette observation appelle quelques commentaires.

Il est un fait certain que tandis que les modifications de tous les métabolismes ont été étudiés par les biologistes, au cours des traitements par la Cortisone, la littérature médicale est assez pauvre quant aux modifications du métabolisme calcique. Les travaux se sont bornés à des observations cliniques relatant la fréquence des fractures chez les sujets rhumatisants soumis à la Corticothérapie prolongée; tous cependant signalent une baisse de calcium sanguin.

Cependant récemment LICHWITZ, dans un article de la « Semaine des Hôpitaux », étudie la question du point de vue biologique et constate que l'élimination fécale du calcium endogène est très notablement augmentée sous l'effet de la Cortisone et il observe le bilan calcique de deux ostéoporotiques et d'un accomégale soumis à ce traitement. L'un d'eux notamment, élimine par l'intestin 4.200 mmg de calcium, alors qu'il en absorbe que 1.500. Mais LICHWITZ constate que chez ces malades la calcémie reste normale.

Cependant certains auteurs, dont LICHWITZ d'ailleurs, publient une observation de tétanie rebelle chez une malade thyroïdectomisée et constate que les crises de tétanie augmentent avec la Cortisone.

Avec DE SÈZE, une autre observation de tétanie chez un malade traité à la Cortisone.

R. MEHLING et A. STEINBACH rapportent l'histoire d'une malade atteinte de tétanie post-opératoire et stabilisée depuis 2 ans, chez laquelle se déclenche une P.C.E. Chez cette malade, la corticothérapie provoque une reprise des crises tétaniques qui s'améliorent avec l'arrêt du traitement.

De la lecture de ces travaux et de notre observation il semble exact que la Cortisone trouble profondément le métabolisme du calcium, mais elle le trouble surtout suivant les terrains particuliers.

Les malades chez lesquels on a constaté des fractures sont tous des rhumatisants.

L'ostéoporose de décubitus est un terrain favorable aux accidents. Pas un cas de fractures n'a été signalé chez des asthmatiques par exemple, soumis aux mêmes traitements pendant des mois, ni chez des addisoniens traités pendant des années.



Chez ces rhumatisants, la déperdition calcique ne semble pas modifier l'équilibre calcémique.

Par contre, chez des endocriniens, parathyroïdiens où l'équilibre calcémique est fragile, les crises de tétanie furent apparentes. Dans les observations publiées il s'est agit toujours de tétanie aggravée et récidivante par la Cortisone. Chez notre malade obèse — insuffisante thyro-ovarienne — et qui aurait présenté dans son passé des crises qui semblent, d'après la description de la malade, être des crises de contractures tétaniques, la Cortisone a immédiatement provoqué une baisse brusque de la calcémie et l'apparition de la crise tétanique.

# OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE  
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME  
DYSPNÉES SPASMODIQUES  
ANGINE DE POITRINE  
INSUFFISANCE CARDIAQUE  
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2  
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4<sup>E</sup>

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille - TUNIS.

**dragées** de chlorhydrate de **Tétracycline**

à 0,25 g

**comprimés** de chlorhydrate de **Tétracycline**

à 0,10 g

**poudre** de chlorhydrate de **Tétracycline**

à 4%

PRODUIT SOUS CACHET

**DIAMANT**



Remboursé par la Sécurité Sociale - Admis aux Collectivités, Hôpitaux, AMG

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE 67, boulevard Haussmann Paris 8<sup>e</sup> - ANJ. 46-30

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS

## Hématome sous arachnoïdien post-traumatique

### Intervention après deux mois - Guérison

D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, L. CHATENIER, J. MINGUET et R. ZANA

—o—

René M..., 16 ans, entre dans le service le 15-10-55, adressé pour :

- une céphalée importante et persistante depuis 15 jours, rebelle à la thérapeutique;
- quelques vomissements au début;
- du vertige avec une démarche ébrieuse et une sensation d'éblouissement.

On relève la notion d'un traumatisme cranien, il y a un mois environ (coup de poing au cours d'un combat de boxe amateurs).

— A son entrée dans le service le malade présente :

un état général bien conservé;

il est apyrétique;

le pouls est légèrement ralenti (52 pulsations à la minute).

— Les troubles fonctionnels sont constitués : d'une **céphalée** à prédominance gauche et permanente à forme de migraine, s'accompagnant de sensation d'éblouissement avec mouches volantes et de vertiges, et de quelques vomissements.

— L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent personnel migraineux.

— L'examen physique du malade révèle :

des poumons normaux;

l'examen du cœur permet de noter des bruits légèrement assourdis avec un souffle systolique de pointe anorganique (aucun antécédent rhumatismal n'est alors relevé);

le pouls est lent (52/minute);

la T. A. 10 1/2-9.

— L'examen abdominal paraît normal.

— Du point de vue neurologique on note :

une diminution des réflexes rotuliens et une abolition des achilléens;

le cutané plantaire étant en flexion des deux côtés.

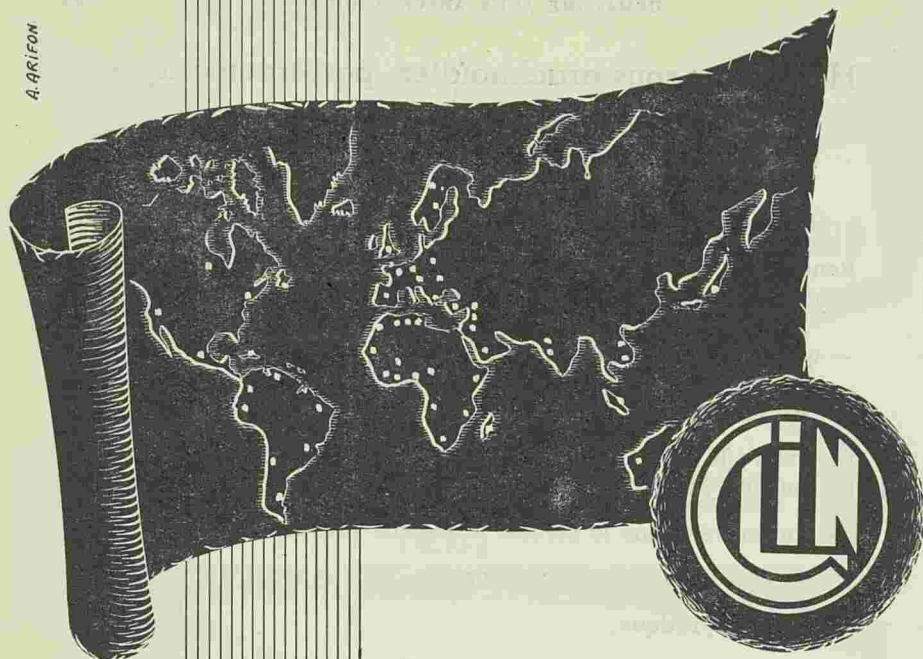
— Des examens biologiques sont alors pratiqués :

le 21-10 : l'hémogramme, 5.250.000 GR avec 16.080 GB (66 %

Poly n.); le V.S. = 15/31 puis à 5/20;

le 22-10 : le F.O. révèle un fiou papillaire avec :





### DETRAINE

Pommade anesthésique antiprurigineuse

Tubes de 35 gr.

### ORTHOSIPHENE

Diurétique hépato-rénal

Boîtes de 8 ampoules buvables

### BIOCIDAN ..

Antiseptique pénétrant

<b>Solution</b>	<b>Collutoire</b>	<b>Collyre</b>
Flacons 30 cc.	Flacons 30 cc.	Ampoules 10 cc.
<b>Tablettes</b>	<b>Poudre</b>	<b>Chirurgical</b>
Boîtes 24	Flacons 10 g.	Ampoules 10 cc.

au F.O.D. des vaisseaux sinueux dilatés;

au F.O.G. fiou + légère hémorragie au champ temporal gauche. Les champs visuels sont sensiblement normaux;

le 25-10 : la P.L. donne un liquide très hypertendu et xanthochromique, avec :

0,32 g albumine;  
0,45 g de glucose.

Les réactions de BW, Kahn, VDRL = 0.

Les examens sont renouvelés :

le 4-11 : la P.L. :

2,4 éléments;  
0,30 g albumine;  
0,53 g glucose.

Les urines sont normales.

Les autres hémogrammes du 7-11 et du 31-11-55, montrent :

- une leucocytose à 8.080 GB avec 60 % Poly. neutro;
- une leucocytose à 9.060 GB avec 72 % Poly. neutro.

— Pendant son séjour dans le service le malade reste apyrétique et, malgré un traitement antibiotique (Peni, Strepto, Erythromycine), puis de Sulfate de Magnésie I. Vein. et de sérum glucosé hypertonique I Vein., la céphalée persiste, importante, avec quelques rémissions passagères.

— Il n'y a pas de signes neurologiques nouveaux.

— La radiographie du crâne ne révèle aucune anomalie.

— L'électro-encéphalogramme du 22-10-55 montre :

l'absence d'assymétrie interhémisphérique nettement marquée; bouffées d'ondes  $\Delta$  polymorphes apparaissant alternativement sur l'hémisphère gauche et sur l'hémisphère droit, parfois synchroniquement sur les 2 hémisphères; bonnes réactions d'arrêt visuelles.

En conclusion : tracé altéré de foca diffuse. Pas de localisation.

— Le F.O. du 7-12 confirme les constatations précédentes et révèle même :

F.O.G.D. : stase bilatérale. Pas d'hémorragie.  
Régions maculaires indemnes.

— Le 19 décembre 1955, on pratique une ventriculographie gazeuse : les ventricules paraissent en place; évacuation de 25 cc de L.C.R



...comme  
**V**itamine C **500** mg.

glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

*homologué et remboursé par la S.S.*

TUNISIE : Ets NOTE, 61, Avenue Garros. Tél. 282.090 — TUNIS



Après mise en place d'une sonde dans le ventricule latéral droit, injection d'une égale quantité d'air sans incident.

— La radiographie montre un système ventriculaire déplacé vers la droite, un aplatissement de la corne occipitale droite et une disparition de la corne frontale gauche.

*Conclusion* : Tumeur frontale gauche probable.

— L'intervention est alors décidée et pratiquée par le D<sup>r</sup> CHATENIER, à la date du 23-12-55 :

On fait un volet fronto-temporal gauche.

Découverte et ablation d'un volumineux hémato-me sous arachnoïdien organisé avec épaissement considérable de l'arachnoïde.

Fermeture des méninges en 2 plans.

Reposition et fixation du volet sur lame et Pénisulfa.

Scalp en 2 plans.

Les suites opératoires sont normales, en dehors d'un petit épisode fébrile que l'on jugule rapidement par les antibiotiques.

— Cinq mois après l'intervention, ce jeune homme qui a été revu périodiquement, présente un excellent état général sans troubles subjectifs : en particulier les céphalées ont totalement disparu.

Un électro-encéphalogramme de contrôle pratiqué le 25 avril est normal.

— L'intérêt de cette observation réside dans les 3 faits suivants :

1° L'intervalle de temps libre relativement long (1 mois 1/2) entre le traumatisme et l'apparition des premiers signes subjectifs.

2° La discordance entre les signes cliniques neurologiques et la découverte opératoire d'un volumineux hémato-me sous arachnoïdien.

3° Les résultats excellents et l'absence de séquelles constatées jusqu'à ce jour.



LE PLUS RÉCENT DES GRANDS ANTIBIOTIQUES

# Erythromycine Roussel

*Septicémies*  
*Infections pulmonaires*  
*Angines aiguës*  
*Infections chirurgicales,*  
*biliaires, urinaires*  
*Staphylococcies*  
*Scarlatine, Brucellose*  
*Amibiase*

**DRAGÉES**

Flacon de 25, dosées à 200 mg  
Flacon de 25, dosées à 100 mg

**POUDRE  
AROMATISÉE**  
pour l'enfant  
et le nourrisson

Flacon contenant 2 grammes  
d'érythromycine base (sous forme  
d'éthyl carbonate) accompagné  
d'une cuiller-mesure correspondant  
à 0,05 g de principe actif.

## LES LABORATOIRES ROUSSEL

140<sup>bis</sup>, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)

**ALGER**: Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.

**TUNIS**: O.S.P., 10, rue Amilcar.

**CASABLANCA**: Sté Maroc des Lab ROUSSEL, 48, rue Nationale.

**SAIGON**: Laboratoires ROUSSEL, 26, rue Lagrandière.

**AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE**: Adresser les demandes aux  
Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VI<sup>e</sup>)

## Considérations cliniques et thérapeutiques sur un cas de péricardite purulente à pneumocoque

par les D<sup>rs</sup> S. BENMUSSA, R. DIDIER, Hassiba GHILEB, F. KRIEF et Ben OSMAN

—o—

Les Auteurs présentent aujourd'hui une observation de péricardite purulente qui est intéressante, non pas tant du point de vue clinique, car c'est une affection que les praticiens connaissent bien, mais en raison de la guérison spectaculaire, en un temps rapide, sous l'action d'un double traitement par antibiotique d'une part et par la corticothérapie surrénale locale et générale.

Il s'agit d'un enfant de trois ans Mohamed Ben Ali K..., entré dans le service le 13 avril 1956 pour broncho-pneumonie post-morbilleuse. l'état général est mauvais, dyspnée importante, battements des ailes du nez, râles sous-crépitaux, ronchus disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Toutefois, il faut noter un signe négatif, l'absence de fièvre.

L'examen cardiaque étant strictement normal à cette époque, on porte le diagnostic de broncho-pneumonie et on soumet l'enfant à un traitement antibiotique important, Pénicilline, Streptomycine, Terramycine.

Sous l'effet de ce traitement les signes pulmonaires s'améliorent, la dyspnée disparaît, l'auscultation pulmonaire redevient quasi normale, malgré la persistance de quelques râles congestifs aux deux bases.

L'état général s'améliore, et on décide d'arrêter le traitement le 26 avril, soit après 13 jours.

Mais le 29 avril, 3 jours après, l'état général s'altère à nouveau, la dyspnée réapparaît.

L'examen pulmonaire montre une matité de la base droite, la ponction pleurale ramène quelques centimètres cubes d'un liquide clair, citrin à rivalta négative.

L'examen cardiaque révèle une tachycardie à 110, les bruits sont assourdis, difficilement audibles, enfin on trouve un gros foie douloureux à la palpation et des œdèmes des membres supérieurs.

La radio pulmonaire accentue les présomptions en faveur de la péricardite, en montrant une masse cardiaque considérablement augmentée de volume, avec un aspect symétrique des 2 bords, et un épanchement pleural droit.



# ANTIBIOTHÉRAPIE *des* MALADIES INFECTIEUSES

**TRAITEMENT D'ATTAQUE**

**PUISSANT ET RAPIDE**  
**DIDROMYCINE-BIPÉNICILLINE**

**MARQUE  
DÉPOSÉE**

*Synergie antibiotique associant:*  
DIHYDROSTREPTOMYCINE (0g50) et PÉNICILLINE (500.000 U.I.)

**TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE**

*à ACTION PROLONGÉE*  
**EXTENCILLINE-BIPÉNICILLINE**

1.200.000 U.I. de PÉNICILLINE  
*donnant une pénicillinémie utile  
pouvant atteindre*

**DEUX SEMAINES**

SPECIA · SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE marques RHÔNE-POULENC  
INFORMATION MÉDICALE · 28, cours Albert 1<sup>er</sup> · PARIS 8<sup>e</sup> · TÉL. BALZAC 10-70

Devant ce tableau on pratique immédiatement une ponction péri-cardique qui lève les doutes en ramenant un liquide franchement purulent.

L'examen de ce liquide révélait la présence de pneumocoque.

Les examens complémentaires donnèrent un hémogramme avec 16000 G.B. et 62 % de Polynucléaires, et l'électrophorèse une hyperglobulinémie gamma.

Devant ce diagnostic on décidait d'adjoindre au traitement antibiotique classique, un traitement hormonal double, l'un général avec 75 milligrammes de Cortisone, l'autre local intra-péricardique avec 25 milligrammes d'hydrocortisone associé à la pénicilline.

Les injections péricardiques sont poursuivies pendant 3 jours.

Le 4<sup>e</sup> jour la ponction ne ramène aucun liquide coïncidant avec la sédation de tous les signes cliniques, l'auscultation redevient normale, la dyspnée disparaît, la radio montre une diminution considérable de la masse cardiaque, mais persistance d'un léger épanchement pleural droit.

Enfin, huit jours après, un nouveau cliché montre un retour à la normale de la masse cardiaque et la disparition de l'épanchement pleural droit. L'électrocardiogramme pratiqué à ce stade montre un voltage normal, mais on note des altérations de l'onde T caractéristiques de l'affection causale. Les ondes T restent négatives sur toutes les dérives, Standard, unipolaires et précordiales.

En conclusion, il s'agit d'une péricardite purulente à pneumocoques, dont la guérison a été considérablement écourtée par un traitement d'hydrocortisone locale puisqu'en 4 injections intra péricardiques on a noté la régression de tous les signes de l'affection. Il nous paraît intéressant de signaler ce cas, afin d'insister sur le traitement hormonal qui, associé à un traitement classique, a transformé le pronostic de ces affections.

INNOVATIONS  
**innohéra**  
THERAPEUTIQUES

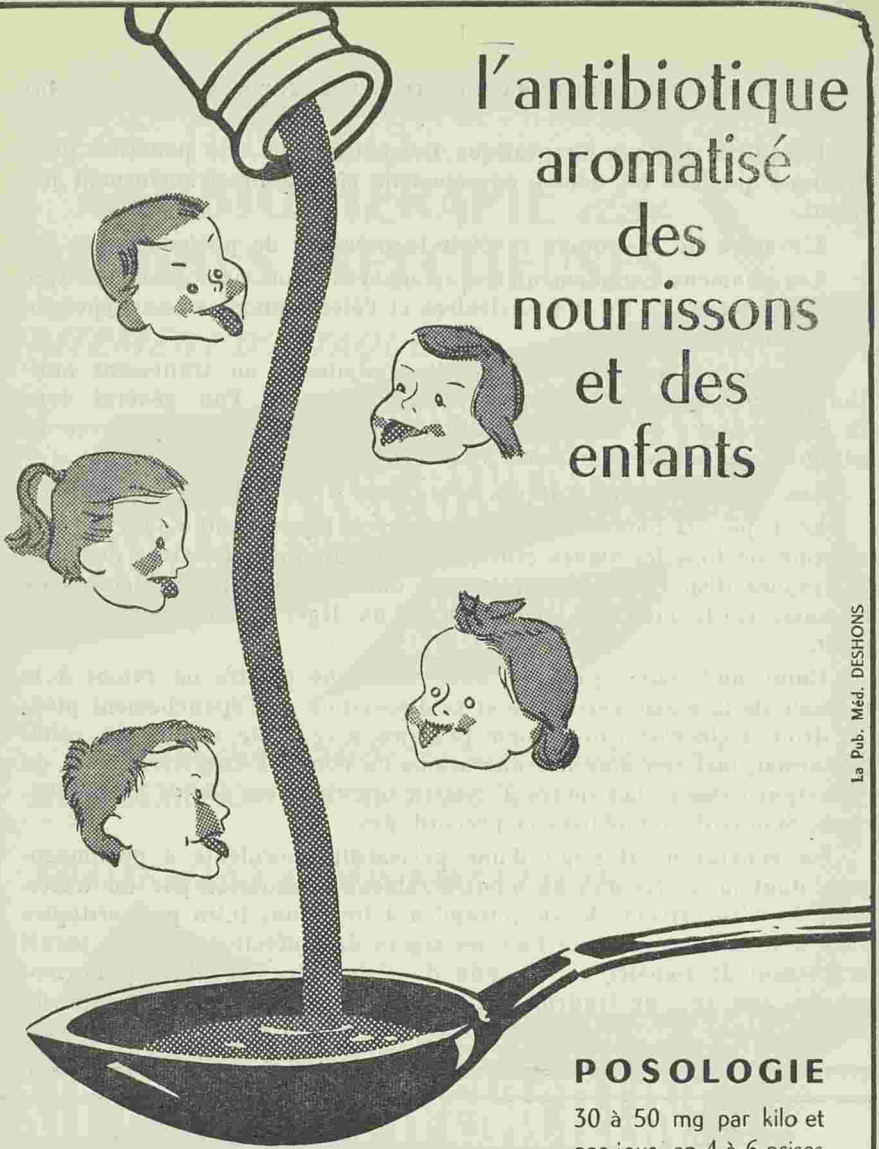
**MUCINUM**  
LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés  
par jour

INNOHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

l'antibiotique  
aromatisé  
des  
nourrissons  
et des  
enfants



La Pub. Méd. DESHONS

**POSOLOGIE**

30 à 50 mg par kilo et  
par jour, en 4 à 6 prises

SUSPENSION d'  
**ERYTHROCINE**

(Sirop aromatisé de Stéarate d'Erythromycine Abbott)  
à 20 mgr cm<sup>3</sup> - Flacon de 60 cc.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**  
44, RUE BEAUMARCHAIS, MONTREUIL-SOUS-BOIS (SEINE) — TÉLÉPHONE: AVRON 47-77

TUNISIE — J. BERREBBI, 81, Avenue de Londres — TUNIS



## Société de Médecine de Paris

SEANCE DU 26 AVRIL 1956

*Communications :*

— HINAULT : *De la thoracoplastie à l'exérèse segmentaire.*

Il n'est pas douteux que les interventions dramatiques du début de la thoracoplastie ont laissé très longtemps mauvaise réputation à l'opération de SAUERBRUCK. Puis peu à peu elle s'est « humanisée » grâce aux améliorations constantes apportées à une technique un peu brutale, grâce, en particulier aux résections costales limitées, faites en plusieurs temps et il faut savoir gré à MAURER et ROLLAND, BERNOV et FRUCHAUD, d'avoir imposé la thoracoplastie en la rendant à la fois inoffensive et efficace.

Nous étions encore loin de l'élégante exérèse segmentaire si bien réglée aujourd'hui, qu'on en vient à parler des indications de sécurité. Cette réalisation n'a été possible que grâce aux progrès considérables réalisés dans 3 branches de l'activité médicale : la physiologie, la chimie, et la technique chirurgicale s'appuyant sur les travaux récents des anatomistes.

En physiologie, ce sont les examens fonctionnels par l'étude de la ventilation pulmonaire (spirographie) et des échanges gazeux (fonction alvéolaire) et l'intubation trachéale qui ont permis la réalisation des progrès techniques.

Puis il fallut l'avènement des antibiotiques pour donner la sécurité opératoire. Non seulement la pénicilline, la streptomycine, mais aussi l'isoniazide ont permis de mieux préparer les malades et de pouvoir parer aux complications opératoires.

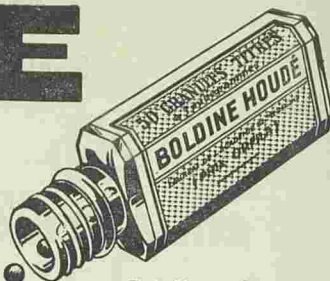
Parallèlement, les travaux des anatomistes permettaient de mieux connaître les pédicules segmentaires Coverholt et de donner à l'exérèse toute la faveur dont elle jouit aujourd'hui.

— J. SAVOURET (La Paresté) : *Le traitement de la colibacillose chronique et sa contre-indication l'Antibiothérapie.*

La colibacillose chronique (C.C.) qui suppose par définition l'intégrité de l'appareil urinaire, ne sera pas confondue avec l'infection urinaire entretenue par une lésion ou un obstacle sur les voies urinaires.

# BOLDINE HOUDÉ

GRANULES  
TITRÉS  
à 1 milligramme



3 à 6 par jour

**LITHIASÉ  
BILIAIRE**

**CONGESTION DU FOIE**

**HYPERTROPHIE DU FOIE**

**INSUFFISANCE HÉPATIQUE**



**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

## BELLADENAL

**Frénateur du Vague**

**Sédatif des centres sous-corticaux**

Comprimés — Suppositoires

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8<sup>e</sup>

DEPOSITAIRE GENERAL

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

res. En cas de syndrome colibacillaire entéro-génital ou entéro-biliaire, une étude approfondie de l'appareil génital et des voies biliaires éliminera toute lésion organique locale.

La C.C. est justiciable du seul traitement étiologique.

La C.C. étant une septicémie à entéro-bactériacées saprophytes de l'intestin ne peut être considérée autrement que comme la complication d'une colite, colite droite le plus souvent.

Cela implique que le traitement de base de la C.C. se confond avec celui de la colite toujours coprologiquement constatée chez ces malades.

Lors des poussées aiguës d'infection urinaire, génitale ou des voies biliaires, on utilisera la Sulfamidothérapie.

On proscriera formellement l'antibiothérapie fongique du fait de l'importance des désordres intestinaux qu'elle occasionne chez les colibacillaires qui sont tous des colitiques. Ce ostracisme sera levé seulement pour raison vitale ou en cas d'intolérance grave aux sulfamides.

Sur le plan thermal, la C.C. est justiciable des eaux sulfureuses de La Paresté dont l'action sur les muqueuses intestinales est aussi nette que sur les muqueuses urinaires et génitales.

— FIEGELSON et J. F. PORGE (St-Nectaire) : *Essai de traitement par la delta-cortisone d'une glomérulo-néphrite d'évolution sévère.*

Les auteurs rapportent un cas de glomérulo-néphrite hématurique chez l'enfant dont l'évolution secondairement maligne parut très favorablement influencée par la delta-cortisone. Ils évoquent les indications encore exceptionnelles où le traitement hormonal peut être appliqué au cours de certaines néphrites.

— MASSART : *Les antibiotiques et la chirurgie dans la tuberculose ostéo-articulaire.*



*le ferment vivant*

**VIVACIDOL**

**RÉGÉNÈRE** la flore de défense  
et  
**NORMALISE** le milieu intestinal

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**  
6, rue Anna-Jacquín - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros — TUNIS — Tél. 282.090

## Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

SEANCE DU 5 MAI 1956

*Six cas d'empoisonnements par adjonction de toxiques à des aliments,*  
par A.-C. LACROIX, R. NICOL et A. SAYAG.

Les auteurs rapportent six cas d'empoisonnements alimentaires par addition volontaire aux aliments, d'un toxique : probablement de la jusquiame.

Les cas s'échelonnent entre le 26 février et le 28 avril 1956.

Les victimes sont toutes musulmanes. L'aliment toxique revêtant l'aspect d'une pâtisserie ou d'une pâte sucrée. Il a été donné par un passant musulman qui a aussitôt disparu.

L'intention criminelle est évidente.

*Granulomes dits éosinophiles des os,* par MM. HUGUENIN, Mme J. MUS-SINI-MONTPPELLIER, Ch. PHÉLINE et A. ALBOU.

Les auteurs présentent un sujet musulman de 16 ans, hospitalisé pour oto-mastoïdite, atteint d'une lacune crânienne de 8 cm. de diamètre, d'images claires pseudo-kystiques du maxillaire inférieur et du col fémoral gauche. L'examen histologique confirme le diagnostic de forme multiloculaire de granulome éosinophile à sa phase évolutive dite histiocytaire. Cholestérol normal, augmentation des beta globulines sur le lipidogramme. Comblement de la lacune crânienne sous radiothérapie.

*Les indications médico-chirurgicales de la corticothérapie,* par F. LA-GROT et G. ANTOINE.

Ayant, depuis plus de 5 ans, employé soit l'A.C.T.H., soit la Cortisone dans de nombreux états médico-chirurgicaux, les auteurs ont pu préciser les indications de ces hormones.

— 6 indications sont formelles : la maladie chronique des brûlés, la prévention des échecs des auto-greffes cutanées, le syndrome hyperthermique post-opératoire, les péritonites tuberculeuses à forme encapsulante, le syndrome carenciel des gastrectomisés, la sprue chirurgicale.



# NICOSCORBINE

L A R O C H E - N A V A R R O N

**COMPRIMÉS**  
A 0,50 G.

POSOLOGIE MOYENNE:  
3 comprimés par jour

**LAROCHÉ-NAVARRON**

63, RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-55

---

## PAPAVERYL

Chlorhydrate de papavérine chimiquement pur

— 0 —  
**ANTISPASMODIQUE**

*Action élektive sur la fibre musculaire lisse*

— 0 —  
1° Boite de 6 ampoules injectables à 0,04.

2° Tube de 20 comprimés à 0,04.

3° Boite de 6 suppositoires à 0,04.

---

## SELAMON

Chlorure d'ammonium chimiquement pur

Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

**ACIDIFIANT — DIURETIQUE — ANTI-ŒDEIMATEUX**

*Traitement des alcaloses — Obésité*

— 0 —  
Boite de 50 dragées glutinisées à 0 gr 50 de chlorure d'ammonium

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



— 2 indications sont relatives : traitement adjuvant de l'état cancéreux (association Cortisone-H 365), traitement adjuvant de certains états infectieux chirurgicaux (staphylococcie cutanée maligne, par exemple).

— 3 indications sont à l'étude, mais paraissent promises à de brillants résultats : la préparation pré-opératoire des interventions graves, le traitement du choc traumatique et du choc opératoire, enfin des essais récents permettent d'espérer la survie des homo-greffes, ce qui constitue, si l'avenir confirme les premiers résultats, des possibilités nouvelles pour la chirurgie du revêtement cutané.

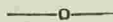
Les accidents au cours de traitements, rares, sont sans commune mesure avec la qualité des résultats régulièrement acquis.

*Encéphalo-myélite varicelleuse*, par MM. J. THIODET, A. FOURRIER, P. SUDUCA et C. SELLERS.

Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune enfant de 18 mois qui a présenté une monoplégie supérieure droite précédant de quelques jours une varicelle typique et régressant rapidement. Ce cas d'encéphalo-myélite varicelleuse est intéressant du fait que la paralysie a précédé l'éruption, ce qui n'est pas la règle dans les complications nerveuses déjà si rares de la varicelle.

*Varicelle, zona et troubles de la ventilation pulmonaire*, par J. THIODET, A. FOURRIER, P. AUBRY, P. SUDUCA et J. GUIVARCH.

Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune enfant de 8 ans qui a présenté en même temps un zona et une varicelle, et au moment de la dessiccation de ses éruptions une atélectasie massive de son poumon gauche qui a régressé d'une manière spectaculaire en 4 jours. Ils insistent sur la rareté de tels faits cliniques.



#### SEANCE DU 26 MAI 1956



*Acidose diabétique et méningite gravissime à méningocoques. - Résultats inespérés de la déconnexion et de la Cortisone*, par MM. J. THIODET, A. FOURRIER, P. SUDUCA et Ch. GIRARD.

Les auteurs rapportent l'observation d'une méningite cérébro-spinale à méningocoques, survenant chez un malade de 49 ans, en acidose diabétique. Malgré l'utilisation des thérapeutiques anti-infectieuses



# PROSTATO-MAGNÉSIUM

**NOUVEAU TRAITEMENT DU PROSTATISME**

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS  
LABORATOIRE FREYSSINGE . 6, RUE ABEL . PARIS

usuelles, malgré l'équilibration de l'acidose diabétique, l'évolution s'aggrave rapidement. Une déconnexion avec hibernation n'entraîne pas une amélioration notable. La Cortione eut alors un effet vraiment spectaculaire sur un malade agonisant. Elle ne détermina aucun trouble sur le diabète du malade. Bien au contraire, les doses d'insuline passèrent de 109 unités à 60 unités journalières. Action paradoxale qui s'explique facilement par la régression rapide des phénomènes infectieux.

*Paralysie vélopalatine. - Première manifestation d'un lymphosarcome d'évolution suraiguë*, par MM. J. THIODET, A. FOURRIER, P. SUDUCA et Ch. GIRARD.

Les auteurs rapportent l'observation d'un lymphosarcome survenant chez un homme de 29 ans et dont les premières manifestations cliniques furent une paralysie vélopalatine qui, associée à une angine, avait fait penser à la possibilité d'une diphtérie maligne.

*Données statistiques concernant 40 cas de syndrome de Looser-Debray-Milkman chez la femme musulmane Nord-Africaine*, par MM. A. HUGUENIN et DE LA JONQUIÈRE.

Les Auteurs présentent un travail basé sur 10 observations inédites et 30 cas recueillis dans la littérature de syndrome de L.D.M. chez les femmes musulmanes, algériennes et marocaines. Les Auteurs soulignent l'âge moyen de 24 ans, l'origine rurale, le déséquilibre alimentaire avec carence phospho-calcique, protidique, lipidique et excès d'hydrates en carbone; l'incidence puerpérale se voit dans 57,5 % des cas un syndrome ostéo-myopathique est fréquent, le syndrome a une autonomie radiologique dans les formes poly et paucioostéotiques, il est associé dans 57 % des cas aux déformations ostéomalaciques; le syndrome biologique est caractérisé par la calcémie normale, la calciurie basse, les phosphatases élevées, la protidémie totale normale, la gamma globuline augmentée sur le protidogramme, l'alpha 2 sur le glucidogramme, V.S.G. toujours accélérée. Aménorrhée hypohormonale fréquente. Hyperexcitabilité neuronale à prédominance basilaire constante sur l'E.E.G. Le traitement efficace souligne l'intérêt du dépistage de cette ostéose de carence d'apport dans la prophylaxie de l'ostéomalacie.

*A propos d'une adénopathie médiastinale*, par MM. J. LOUBEYRE et J. HOUEL.

*Présentation de film*, par MM. P. VIALLET, L. SENDRA, P. COMBES, L. CHEVROT et P. AUBRY.

Technique et premiers résultats d'Angiocardiopneumographie cinématographique.



**NEURINASE**  
SOLUTION. COMPRIMÉS. SUPPOSITOIRES  
*amorcer le*  
**sommeil naturel**  
VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

**ALEPSAL**  
COMPRIMÉS. SUPPOSITOIRES  
PHÉNOBARBITAL. BELLADONE STABILISÉE. CAFÉINE  
10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1/2 Cg. DYSTONIES  
*simple, sûr, sans danger*

*Nouvelle Forme: Suppositoires*

*Remboursés Sécurité Sociale*

**LAB. GÉNÉVRIER**  
45, Rue Michélie  
NEUILLY-PARIS

**DORMIR ET TRAVAILLER  
AU MILIEU DES BRUITS**

# Boules QUIES

**EVITER LES OTITES  
EN NAGEANT**

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV.

ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL.

## Société Médicale de l'A. O. F.

---

REUNION DU LUNDI 5 MARS 1956

---

### *Communications :*

**Enclouage calcanéo-astragalo tibial**, par H.L.M. SOHIER, R. FUSTEC.

Les auteurs pensent réaliser ainsi une arthrodèse en bonne position de la tibio tarsienne et de la sous-astragaliennne. Cet enclouage est réalisé au clou de Rocher (clou de 5 millimètres chez l'enfant, clou de 7 millimètres chez l'adulte), la longueur du clou étant de 15 à 20 centimètres. Un contrôle radioscopique per-opératoire permet un enclouage aisé.

Les auteurs ont réalisé cette méthode deux fois pour des cals vicieux du cou de pied de l'adulte, et deux fois pour des séquelles de poliomyélite. Les résultats furent bons. Les auteurs insistent sur l'intérêt de la méthode, de réalisation aisée, et permettant une reprise fonctionnelle rapide. Outre-Mer, cette méthode dispense du port d'une chaussure orthopédique. Enfin, et ceci est intéressant chez l'enfant, cette arthrodèse par enclouage peut être définitive ou palliative; ce qui permet, sans altérer la croissance du squelette, d'intervenir s'il est nécessaire, à l'âge adulte.

**Mécanisme des troubles vaso-moteurs provoqués par les extraits de Physalies**, par R. LEMAITRE, M. BOURA.

L'injection d'extrait de Physalies provoque, après un court temps de latence, une hypotension importante et brutale due à une vasodilatation périphérique.

**Le développement psycho-moteur du jeune africain originaire du Sénégal, au cours de sa première année**, par J. SÉNÉCAL, S. FALADÉ.

Les tests de GESELL et de BRUNET-LÉZINE montrent une avancée du développement psycho-moteur de l'enfant africain durant la première année de la vie, probablement due à l'alimentation au sein et à l'étroitesse du contact mère/enfant.

**Volumineux calcul appendiculaire**, par H. BÉZÈS, J. D'ALMEIDA.

Chez un Africain de race Toucouleur qui a présenté à deux reprises un tableau d'abcès appendiculaire, et chez qui la palpation met en évidence dans le F.I.D. une tuméfaction mobile de la dimension

*Le pansement de marche*

# ULCÉOPLAQUE

*du Docteur Maury*

## CICATRISE

### ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.

ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



Dans chaque boîte : 6 pansements  
Pour 20 à 24 jours de traitement

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.

Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph<sup>o</sup> 76, r. des Rondeaux - PARIS

# SEDACONES

Papavérine  
Sédatifs végétaux  
Butyléthylmalonylurée

*Algies pelviennes*  
*Hémorroïdes - Insomnies*

**LABORATOIRES A. BAILLY**  
SPEAB • 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8<sup>e</sup>

Agents dépositaires pour la TUNISIE :

**M.M. VALENZA & C<sup>IE</sup>** 36, Rue Thiers - TUNIS

*1 à 3*  
*suppositoires*  
*par jour*



d'une noix, la radiographie découvre une opacité d'aspect lithiasique située en regard du bord interne du cœcum. L'intervention montre qu'il s'agit d'un volumineux calcul appendiculaire. A propos de cette observation, considérations d'ordre pathogénique, radiographique, évolutif, et revue de la littérature des vingt dernières années soulignant la rareté actuelle de cette affection.

**Premières données biologiques concernant deux espèces de Simulies observées pour la première fois dans la Presqu'île du Cap Vert, par M. LARIVIÈRE, E. ABONNENC.**

La présence de larves et de nymphes de *S. Adersi* et *S. Ruficorne* a été observée tout d'abord dans deux gîtes artificiels créés par l'homme à la Pépinière de Sangalcam, à quarante kilomètres de Dakar.

Une prospection plus poussée a montré l'existence des larves de ces deux espèces dans toute la région des Niayes, dans des eaux à débit très lent.

Les femelles de *S. Adersi* s'immergent pour pondre, tandis que celles de *S. Ruficorne* déposent leurs œufs au ras de l'eau, sur les parois des canaux constituant les gîtes artificiels.

L'élevage au laboratoire a été tenté, mais jusqu'à présent n'a pu être obtenu que le développement de jeunes larves jusqu'au stade adulte.

La biologie des adultes demeure inconnue, les femelles seules n'ayant pu être observées qu'au moment de la ponte.

**Rôle des infections rhinopharyngées et otomastoïdiennes dans les toxicoses et neurotoxicoses observées chez les enfants en milieu africain à Dakar de juin 1953 à décembre 1955, par L. AMLON.**

Il a paru intéressant et utile à l'auteur d'apporter une contribution surtout clinique s'adressant à un milieu neuf et inexploré, le milieu africain de Dakar, au vieux problème, mais combien de brûlante actualité, des toxicoses et neurotoxicoses du nourrisson et de la première enfance.

Il pouvait entreprendre efficacement cette étude, après deux années et demie d'expérience vécue grâce à sa double qualité d'otorhinolaryngologiste et d'attaché de pédiatrie de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar qui lui permit une étroite et fructueuse collaboration avec ses collègues pédiatres.

Outre l'extrême fréquence des toxicoses chez les enfants et leur incidence élevée sur la mortalité infantile en toute période de l'année, mais en particulier en cours des grandes chaleurs, d'août à décembre, l'auteur a été amené, par les données cliniques, opératoires, bactériologiques, thérapeutiques et autopsiques, à conclure, par ailleurs, que l'infection focale à siège rhinopharyngé et otomastoïdien est, de loin, le facteur déterminant le plus important des toxicoses ou neurotoxicoses en milieu africain à Dakar. (Discussion : M. SÉNÉCAL).

GRANULÉ SOLUBLE

# AGOCHOLINE

DU DOCTEUR  
ZIZINE

AGENT  
DE  
DRAINAGE  
BILIAIRE  
d'une  
remarquable  
activité

Congestion du foie et  
de la vésicule biliaire.  
Lithiase biliaire. — Ictère.  
Cholécystites chroniques.  
Troubles digestifs et généraux  
d'origine hépatobiliaire.



EDITIONS PAUL MARTIAL — PARIS

LABORATOIRES ZIZINE — 24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12<sup>e</sup>

## REUNION DU JEUDI 26 AVRIL 1956

placée sous la présidence de M. le Professeur DEBRÉ,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Président du Conseil d'Administration du Centre International  
de l'Enfance

---

*1° Présentation de malades :*

**Fractures par enfoncement du cotyle traitées par le procédé de l'écarte-cuisses autostatique**, par R. LETAC, H. BÉZÈS.

Dans trois observations de fractures par enfoncement du cotyle avec déplacement intrapelvien de la tête, les auteurs ont eu l'occasion d'appliquer le procédé de l'écarte-cuisses autostatique, recommandé récemment par P. DAUTRY. Dans un cas, l'écarte-cuisses employé seul a servi, à la fois de moyen de réduction et de moyen de contention. Dans les deux autres cas, la réduction a été obtenue par les procédés classiques et l'écarte-cuisses n'a servi qu'à la maintenir. Présentation de leurs deux premiers malades montrant l'excellente qualité du résultat fonctionnel obtenu, en raison de l'absence de raideur et d'atrophie musculaire que permet la mobilisation immédiate, autorisée par l'appareil.

*2° Communications :*

**Confrontations cliniques, biologiques et histologiques au cours des affections rénales ou à retentissement rénal**, par M. PAYET, G. PILLE, P. PENÉ, R. CAMAIN, P. LEDRENN, Y. LE DUC.

Les auteurs exposent les résultats de confrontations cliniques, biologiques et histologiques étudiés par ponctions de rein au cours de vingt-et-un cas de néphropathies et de maladies générales pouvant retentir sur le fonctionnement rénal. Quand les altérations rénales sont globales et majeures, comme dans la plupart des cas étudiés, les résultats de la ponction de rein sont en correspondance avec ceux de l'exploration fonctionnelle. Dans les maladies générales à retentissement rénal ou au tout début des néphrites et des néphroses, la ponction de rein est en avance sur l'exploration fonctionnelle et montre des lésions plus étendues que ne laissait prévoir cette dernière.

Les constatations faites au cours des examens histologiques apportent un élément caractéristique que celui des explorations fonctionnelles, en ce qui concerne le potentiel évolutif des lésions, ceci permettant d'utiles renseignements pronostiques.

**Contribution à l'étude des parotidoses nutritionnelles en A.O.F.**, par A. RAOULT, G. THIÉRY, J. THOMAS, L. PERRELLON, G. PERRIN.

Les auteurs, après une revue historique et bibliographique du problème, exposent les critères du diagnostic et présentent le résultat d'enquêtes portant sur 5.000 enfants de diverses régions de l'A.O.F.



# gomme à mâcher

pfrunder

## A LA TYROTHRICINE

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE  
AGREE PAR L'A. M. G., L'ARTICLE 64  
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITES

LAMARCA LYON

12/2432

**S. C. BUATOIS**  
104 RUE BARABAN  
LYON (3<sup>e</sup>)

# Sarbac

**DISTRIBUTEUR EXCLUSIF**  
CHATILLON-SUR-CHALARONNE (AIN)

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.  
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE  
Diffusion l'Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.  
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).  
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).  
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).  
SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).  
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).  
(Martinique).

Les examens cliniques ont été complétés, dans une série d'observations, par des sialographies et un examen histo-chimique sur biopsie. Ils concluent que :

1° La parotidose nutritionnelle en A.O.F. s'inscrit dans un syndrome polycarentiel où domine le déficit en protides animaux de la ration et s'associe fréquemment à une fibrose hépatique avancée.

2° Observée surtout chez le grand enfant, elle fait suite à la phase du Kwashiorkor de l'époque du sevrage.

3° Elle correspond à un stade d'hypoactivité fonctionnelle de l'acinus et à un épuisement nucléo-ergastoplasmique.

4° Le régime hyperazoté la réduit habituellement.

Importante bibliographie.

#### **Le Pseudo-astigmatisme chorectopique, par P. CARRICABURU.**

Après une étude théorique et pratique du phénomène dans le cas des lentilles, on montre que l'ectopie de la pupille provoque une vision tout à fait semblable à celle d'un œil astigmaté. Etude expérimentale de ce pseudo-astigmatisme dans le cas de pupilles de formes variées.

Importance clinique. Bibliographie.

#### **Le Trachome dans les Ecoles de Dakar. Fréquence. Epidémiologie. Traitement, par G. BOUVET, G. PERRIN, J. AHECORO, J. BORDENAVE, E. LE MINOR, A. RAOULT.**

Les auteurs exposent les résultats d'un dépistage systématique du Trachome dans les Ecoles de Dakar.

La fréquence de cette affection est plus importante qu'il ne l'avait semblé a priori. Elle frappe 13,5 % de la population scolaire africaine, et elle n'est pas rare chez les écoliers européens.

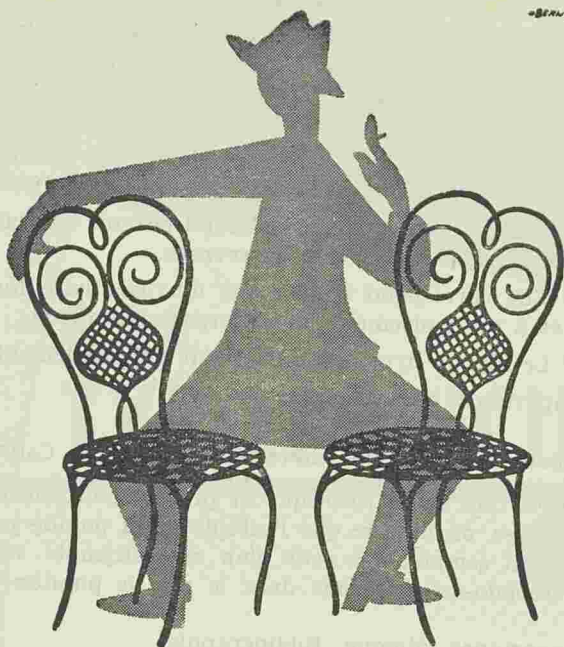
L'épidémiologie classique est retrouvée (sable, mouches, promiscuité, infections surajoutées), mais il s'y ajoute un facteur nutritionnel propre aux pays sous-développés.

Le traitement des formes florides est assuré avec l'aide du corps enseignant par la pommade à l'auroéomycine ou le Chloransulfa collyre.

Il faut envisager la prophylaxie : dépistage et traitement des formes au début, amélioration des conditions d'hygiène, lutte contre la malnutrition.

#### **Note sur le Tétanos à Dakar, par Y. MAFART, E. GAGLI.**

Etude portant sur 241 cas de tétanos, dont 103 tétanos ombilicaux observés en un an. Après un rappel des études antérieures faites sur cette affection à Dakar, les auteurs analysent les conditions favorisant l'endémie tétanique dans la Presqu'île du Cap Vert. Etude



## HEMORROÏDES

- CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES  
100 à 500 gouttes par jour
- TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
30 à 90 gouttes par jour

VARICES . PHLÉBITES . ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES  
VEINEUX . FRAGILITÉ CAPILLAIRE . ENGELURES  
30 à 300 gouttes par jour

Toutes les doses ci-dessus doivent être absorbées en  
prises fractionnées

# Intrait de Marron d'Inde "P"

La préparation la plus riche en vitamines "P" native

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3 000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 434  
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1 000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 179

11.000 γ  
de  
Vitamine P  
par cc.



Remboursé par la Sécurité Sociale  
Échantillons sur demande



des facteurs de gravité, des premiers signes cliniques. Exposé des thérapeutiques utilisées et des résultats obtenus. Mesures prophylactiques à mettre en œuvre.

#### REUNION DU LUNDI 14 MAI 1956

**Ascites chyleuses tuberculeuses**, par J. SÉNÉCAL, H. DUPIN, G. SENGHOR.

Apparition rapide d'une ascite chyleuse chez deux enfants atteints de tuberculose évolutive. Le premier enfant, âgé de 18 mois, présente une tuberculose pulmonaire et médiastinale, des adénopathies mésentériques, un ensemençement hépatique (nombreux follicules sur le fragment prélevé par ponction biopsie). Le second, âgé de 3 ans, présente de volumineuses adénopathies tuberculeuses, médiastinales et périphériques.

En pays tropical, on pense toujours à une filariose devant un épanchement chyleux, mais cette étiologie ne peut être retenue chez ces malades, et l'ascite semble liée à une lésion des chylifères par des adénopathies tuberculeuses.

Le traitement par Streptomycine et I.N.H. a permis la guérison.

**Une cause bénigne de tumeur endocranienne : la gomme cérébrale (2 observations)**, par R. MAZAUD, J. RAINAUT, J. MOISSINAC.

Deux tableaux cliniques de tumeur cérébrale par gomme syphilitique, l'une frontale confirmée par ventriculographie et artériographie cérébrale, l'autre temporale opérée après E.E.G. et artériographie. Vérification anatomopathologique. Intérêt majeur de la sérologie. Action souvent rapide du traitement médical qui doit être préféré à l'intervention d'emblée.

**Etapas biologiques d'un cas mortel d'envenimation par piqûres d'abeilles**, par R. MAZAUD, J. LABEGORRE, J. MOISSINAC.

Les auteurs rapportent un cas mortel d'envenimation massive par piqûres d'abeilles. L'évolution se fit en quatre temps : choc initial, récupération et bronchospasme, choc secondaire, stade toxique avec hémolyse. Les trois premiers stades ont bien répondu au traitement classique. Le sérum antipéripérin n'a pu prévenir l'apparition du quatrième stade. Le problème d'une exosanguino-transfusion précoce est posé.

**Notice préliminaire sur les troubles mentaux au cours de la trypanosomiase humaine africaine**, par J. RAINAUT.

Rappel des travaux de MARTIN, en 1911. Exposé sémiologique des troubles psychiques :

1° Période prodromique : fatigabilité, hyperémotivité, analogie avec la neurasthénie des classiques.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN  
14 bis. Rue Arago — TUNIS

**INFORMATIONS :****IV<sup>e</sup> Congrès Médical International d'Evian**

— 0 —

Le Congrès de la Lithiase urinaire, qui s'est déroulé à Evian du 2 au 4 septembre 1955, sous la présidence des Professeurs DE GENNES et CIBERT, a remporté le plus vif succès, comme en témoigne le nombre des congressistes qui s'est élevé à plus de 800 médecins et chirurgiens français et étrangers.

La pathogénie des diverses lithiases a été exposée par les Professeurs LOEPER, COSTE, GOORMAGTIGH, BUTT et par le Professeur Agrégé THIERS. Le D<sup>r</sup> FABRE a rapporté des travaux personnels sur le métabolisme phospho-calcique. Les Professeurs PASTEUR VALLÉRY-RADOT, CHAUVIN, DUBARRY, LEBON, MAYER, WAITZ, les Professeurs Agrégés BRICAIRE, DEROT, DOMART et leurs collaborateurs ont étudié les problèmes cliniques posés par la lithiase et par ses complications médicales. Les données radiologiques ont été évoquées par le professeur TRUC et MM. HICKEL et TRUCHOT. Dans un rapport très documenté, le professeur FEY a discuté les indications chirurgicales de la lithiase rénale et le Professeur DARGET a traité des récidives post-opératoires. Le Professeur Agrégé COUVELAIRE a exposé ses idées pathogéniques sur la lithiase d'organe et divers problèmes chirurgicaux ont fait l'objet d'intéressantes communications, parmi lesquelles nous citerons celles des Docteurs NEVEU, PUIGVERT, ROGNON et Secrétan. Des sujets plus particuliers : la lithiase de l'enfant, la lithiase des allongés et la lithiase urétérale en Egypte ont été traités par les Docteurs L. DURAND, J. MARCEL, VERRIÈRE et par le Professeur MAKAR du Caire. Enfin, les professeurs COUMEL, FERGUSON, MERKLEN et PIÉRI ont situé la thérapeutique et les problèmes sociaux et thermaux de cette affection si fréquente et souvent si difficile à traiter.

Deux volumes qui forment une mise au point très complète de tous les problèmes biologiques, médicaux et chirurgicaux de la lithiase urinaire, ont été publiés (Librairie Vigot, Paris).

---

**PETITE ANNONCE :**

Pharmacien achèterait appareils de laboratoire (étuvé, poupinel, centrifugeuse, etc...). Faire offres au Journal.





# EVONYL

CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

*Laxatif Doux*

ASSOCIATION PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE:

*Evonymine, Fucus, Agar-Agar, Podophyllin, Extraits biliaires*

**STIMULE LES FONCTIONS HÉPATIQUES  
ET LE PÉRISTALTISME INTESTINAL**

**PRÉSENTATION**

Boite de 60 comprimés  
(dragéifiés)

**POSOLOGIE**

1 dragée aux 2 principaux  
repas ou 2 dragées le soir

**LABORATOIRES FLUXINE · PRODUITS BONTHOUX · VILLEFRANCHE (RHÔNE)**

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE - 8, Passage du 7 Mai -

## Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

---

### Prix Maurice CHIRAY

---

Le prix sera attribué tous les deux ans par une commission constituée, d'une part, par les cinq membres du Bureau de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (Président, trois Vice-Présidents, Secrétaire Général), et de cinq membres désignés par le Comité du Prix CHIRAY. Le Président de la Société sera de droit Président de la Commission et aura voix prépondérante.

Ce prix a été prévu de 100.000 francs et ne doit pas être partagé. Le Comité du Prix CHIRAY se réserve le droit d'en modifier la valeur. Au cas de non-attribution, le prix pourra être reporté à l'échéance suivante sans effet cumulatif.

Le prix sera décerné de préférence à un jeune chercheur, candidat éventuel à la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie.

Il est destiné à récompenser un travail original consacré à l'Appareil Digestif normal ou pathologique ou à ses annexes.

Les mémoires devront être consacrés à un travail original à l'exclusion de toute revue générale. Ils seront dactylographiés en dix exemplaires et ne devront pas dépasser sous aucun prétexte cinquante pages à interlignes normaux, figures comprises, de façon à permettre, le cas échéant, leur publication dans les Archives des Maladies de l'Appareil Digestif.

Les mémoires devront être adressés au Secrétaire Général de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (M. le D<sup>r</sup> VARAY, 1, Rue Beaujon) avant le 1<sup>er</sup> octobre de l'année. Les résultats seront proclamés à la séance de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie au mois de décembre. Le mémoire ayant remporté le prix paraîtra dans les Archives des Maladies de l'Appareil Digestif.

Pour la première fois, le prix sera attribué au mois de décembre 1957.

---

# THIACYL

(SUCCINYLSULFATHIAZOL)

SULFAMIDE A ORIENTATION INTESTINALE



*Toutes infections intestinales  
Colibacillose urinaire  
Préparation  
aux interventions coliques*



# THIACYL AU CAROUBE

(SUCCINYLSULFATHIAZOL + FARINE DE CAROUBE)



*Toutes diarrhées aiguës  
Diarrhées chroniques*

98, RUE DE SÈVRES - PARIS (VII<sup>e</sup>)



AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville

ALGER : 100, Rue Michelet



## LIVRES REÇUS

**Conférence du Paludisme pour les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est** (Deuxième Conférence asiatique du Paludisme), Rapport. — Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, 1956, N° 103; 50 pages. Prix : Fr. fr. 80, Fr. s. 1.--, 1/9 ou \$ 0,30. Publié également en anglais et en espagnol.

Le rapport de la Deuxième Conférence asiatique du Paludisme, réunie à Baguio (Philippines) en novembre 1954, qui vient de paraître, examine en détail les divers aspects de la lutte antipaludique dans l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental.

La Conférence s'est attachée en premier lieu à l'étude des problèmes posés par divers anophèles vecteurs dans ces deux régions et qui, dans certains cas, avaient mis en question l'efficacité des pulvérisations à effet rémanent. L'apparition d'une résistance aux insecticides chez les anophèles a particulièrement retenu l'attention, et la Conférence a souligné qu'il importait d'éviter, en l'absence de circonstances exceptionnelles, d'employer concurremment ou consécutivement des insecticides à base d'hydrocarbures chlorés à la fois comme imagicides et comme larvicides dans une même région. Elle a également recommandé l'exécution de recherches fondamentales sur la physiologie des insectes vecteurs, leurs variations biologiques et leur sensibilité aux insecticides, ainsi que la continuation des travaux expérimentaux portant sur la lutte contre certaines espèces.

Dans le domaine thérapeutique, la Conférence a discuté du traitement des infections à *vivax* dans les deux régions; il importerait, à cet égard, d'étudier la sensibilité de *P. vivax* à la primaquine et à la pyriméthamine. Le rôle des médicaments a été examiné, d'une part, dans la prophylaxie clinique et, d'autre part, en relation avec les programmes de pulvérisations et pour certaines situations spéciales : épidémies, installation de nouvelles collectivités, migrations saisonnières.

Parmi les mesures recommandées par la Conférence figurent la normalisation des techniques de lutte et des méthodes d'évaluation des données et d'établissement des rapports, ainsi que l'utilisation d'un équipement et de fournitures conformes aux normes établies ou recommandées par l'OMS.

Un chapitre important du rapport est consacré aux programmes nationaux de lutte antipaludique actuellement entrepris dans les deux régions. La Conférence a insisté sur la nécessité essentielle de poursuivre énergiquement cette lutte, l'objectif final étant l'éradication complète du paludisme avant l'apparition d'une résistance aux insecticides chez les anophèles. Le rapport expose les moyens à appliquer

# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT

OLÉO

INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.

SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice  
du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)  
0,25

MENTHE

(Stimulant)  
X gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Ménopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

**MODE D'EMPLOI :** 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS

pour assurer la coordination de toutes les mesures de lutte, tant entre pays et territoires qu'à l'intérieur de chacun d'eux. Il traite en détail de la formation et de l'utilisation du personnel des services antipaludiques, compte tenu de la nécessité probable, à un stade ultérieur, de diriger ce personnel vers d'autres activités sanitaires lorsque la lutte contre le paludisme pourra être ralentie. Il est en effet possible d'envisager, dans un avenir rapproché, l'interruption des pulvérisations, tout au moins d'une manière sélective, moyennant l'organisation d'une surveillance efficace de la fréquence du paludisme et de ses vecteurs pendant un certain nombre d'années. Un système de surveillance de ce genre est décrit dans une annexe.

**Comité d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire (Troisième Rapport).** — Organisation mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, 1956, N° 109; 21 pages. Prix : Fr. s. 1.--, 1/9 ou \$ 0.30. Existe également en anglais et en espagnol.

Le personnel auxiliaire joue un rôle de plus en plus important et assume des responsabilités croissantes dans le cadre général des services sanitaires; il est parfois appelé à exécuter des tâches ordinairement confiées à un personnel professionnel pleinement qualifié. Les problèmes de sélection et de formation des auxiliaires sont discutés en détail dans le Troisième Rapport du Comité d'experts pour la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire.

Avant d'aborder la question de la formation professionnelle, le rapport énumère les divers types de services sanitaires indispensables dans une localité donnée, puis définit le personnel auxiliaire par catégories de fonctions et par niveaux hiérarchiques d'après une liste des professions qui participent à l'action sanitaire. Il signale que les attributions de certains auxiliaires peuvent s'étendre à plusieurs domaines professionnels.

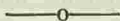
Au sujet des problèmes de formation professionnelle, d'utiles suggestions sont formulées quant à la sélection des élèves, au choix du personnel enseignant, aux lieux où il convient de créer les institutions, aux types d'institutions à créer, à la durée de la formation professionnelle et aux programmes d'études.

Traitant des relations entre le personnel auxiliaire et le personnel pleinement qualifié, le rapport donne des conseils sur les moyens d'éviter des frictions entre ces deux groupes au cours des travaux qu'ils ont à exécuter en collaboration. Il aborde à ce propos des questions telles que les titres, le classement hiérarchique et le statut professionnel et la surveillance du personnel auxiliaire.



# HEXOLINE

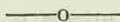
(Fructose — Diphosphate de calcium)



HEXOLINE - GLYCOCOLLE

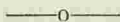
HEXOLINE - CORTICO - SURRENALE

HEXOLINE - PILOCARPINE - PHÉNOBARBITAL

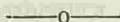


Etats dépressifs — Asthénies — Surmenage cérébral

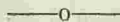
Insuffisance surrénale — Hypotension



Présentation dans chaque formule : Tube de 100 dragées



*Documentation et échantillons sur demande*



---

Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

Après un exposé détaillé sur l'affectation de ce personnel et les conditions de son emploi, le rapport décrit le genre d'assistance que l'OMS et d'autres organisations internationales peuvent fournir pour faciliter la formation des auxiliaires.

Constatant l'importance grandissante des auxiliaires sanitaires, le rapport souligne la nécessité d'une sélection minutieuse, d'une formation adéquate, d'une utilisation appropriée et d'une rémunération équitable; il insiste sur le fait que les auxiliaires sont des collaborateurs indispensables de l'équipe sanitaire. Ce rapport sera utile à tous ceux que préoccupe la formation d'un corps compétent d'auxiliaires sanitaires.

Comité d'experts de l'Assainissement (Quatrième Rapport). — Organisation mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, 1956, N° 104; 32 pages. Prix : Fr. s. 1.--, 1/9 ou \$ 0,30. Existe également en anglais et en espagnol.

L'importance du traitement des aliments par la chaleur et la dessiccation pour empêcher leur décomposition et assurer la conservation de leur valeur nutritive a été reconnue par l'homme bien avant qu'il n'ait compris l'action bactéricide et bactériostatique de ces procédés. Avec le temps, d'autres progrès ont été réalisés et de nouvelles méthodes de conservation — stérilisation, pasteurisation, congélation — ont été découvertes. Cependant, le nombre considérable des cas de maladies et de troubles organiques dus à la consommation de denrées infectées ou contaminées continue à poser un problème de santé publique d'importance mondiale. S'il est manifestement impossible d'établir des règles de salubrité uniformes, applicables à tous les pays, étant donné la diversité des civilisations et des coutumes, il est néanmoins possible de formuler certains principes généraux d'hygiène des denrées alimentaires que les autorités sanitaires peuvent adapter aux besoins nationaux.

L'un des comités d'experts de l'OMS a tenté, dans le rapport analysé ici, de formuler ces principes généraux. On trouve également dans ce document un exposé des problèmes d'hygiène alimentaire particuliers à diverses régions du globe ainsi que des indications destinées à faciliter l'élaboration de programmes d'hygiène des aliments dans des régions qui ont atteint divers stades de développement.

Beaucoup de denrées peuvent véhiculer des maladies; le rapport examine de manière assez détaillée le contrôle auquel devraient être assujetties les plus importantes d'entre elles : lait et produits laitiers, viande, poissons, mollusques et crustacés, légumes et fruits ordinairement consommés crus.

PRODUIT NOUVEAU  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

# **LEVURE lyophilisée GALLIER**

(Licence Sarecbio)

**ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES**

**TROUBLES DIGESTIFS**

**TROUBLES NUTRITIONNELS**

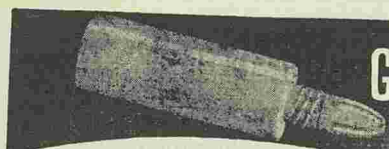
**STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS**

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS

SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS



## **GOUTTES O.R.L. CHIBRET**

**BENZO-DODECINIUM**

**CORTISONE**

**PROPIONATE DE SODIUM**

LABORATOIRES  
**CHIBRET**  
CLERMONT-FR • PARIS



TUNISIE : Ets ZANA & COHEN-JONATHAN

24, Avenue de Lyon — TUNIS



Le rapport aborde ensuite les problèmes que pose l'application de méthodes hygiéniques en matière de manipulation des denrées alimentaires. Il traite de sujets tels que les méthodes inadéquates de production, les méthodes défectueuses de traitement industriel, les dangers afférents à l'emmagasinage, à la livraison et à l'exposition de denrées alimentaires sans précautions appropriées. Les importants problèmes d'hygiène alimentaire particuliers aux restaurants et autres lieux où l'on sert des repas collectifs sont également étudiés.

Le rapport en vient alors à l'établissement des programmes d'hygiène des denrées alimentaires et aux moyens techniques et administratifs d'améliorer la situation. Dans les régions sous-développées, l'exécution des programmes se heurte habituellement à l'inertie et à l'apathie de la population, à des conditions et à des pratiques sanitaires déplorables et à l'insuffisance de moyens appropriés. Il importe néanmoins de se mettre à l'œuvre et le rapport recommande en premier lieu la formation d'un personnel compétent pour l'inspection et, ensuite, l'organisation de services complémentaires. Dans les régions en voie de développement rapide et dans les régions hautement développées, les perspectives sont généralement encourageantes : l'inertie a été vaincue, la pauvreté, l'ignorance et la maladie sont en voie de disparition. L'hygiène des denrées alimentaires doit progresser au même rythme : il y a lieu d'assurer une formation plus poussée du personnel des services de surveillance, d'intensifier l'éducation sanitaire de la population, de développer les travaux de recherche, d'imposer des normes plus strictes aux établissements de production et de traitement des denrées alimentaires. La réglementation devrait être suffisamment souple pour s'adapter aux progrès scientifiques et techniques.

Le rapport examine également la question des besoins de personnel et explique en quoi devrait consister la formation des inspecteurs sanitaires sur lesquels repose, en très grande partie, l'amélioration de l'hygiène des denrées alimentaires.

#### Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, 1953. —

Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1956; 571 pages. Prix : Fr. fr. 2.400, Fr. s. 30.--, £ 2 10 s. ou \$ 10,00. Edition bilingue (français et anglais).

L'Organisation mondiale de la Santé publie son sixième volume annuel de statistiques démographiques, sanitaires et épidémiologiques, qui contient les informations statistiques des divers pays et territoires du monde pour l'année 1953.

Ce volume, qui compte plus de 570 pages, expose en détail, dans 74 tableaux, la situation sanitaire du globe sous ses aspects les plus

essentiels : composition et mouvement de la population, causes de la mortalité, fréquence des maladies infectieuses et leurs fluctuations saisonnières.

Cet annuaire permet de suivre, année après année, les progrès de l'hygiène et l'évolution de l'état de santé dans les différents pays. En plus des informations détaillées présentées régulièrement dans les éditions antérieures sur certains sujets — entre autres, les maladies du jeune âge, le cancer et la tuberculose —, le volume qui vient de paraître contient des données inédites sur la mortalité attribuée à l'ensemble des affections cardio-vasculaires, auxquelles le monde scientifique prête de nos jours un intérêt grandissant.

Un tel volume, par l'abondance et la diversité des matières qu'il contient, comme par la clarté de leur présentation, constitue une source inépuisable d'études et d'observations pour tous ceux qui s'intéressent à ce que le sociologue QUÉTELET désignait autrefois sous le nom de « physique sociale ».

CALCIVITA MINOTHÉRAPIE

**HORMOS**

*Granulé chocolaté*

Sels de Calcium — Parathyroïde — Surrénale et Vitamine D

Une cuillerée à café ou à potage selon l'âge, 3 fois par jour

LABORATOIRES NEOTHERAP, 83, Rue St-Charles — Paris-XV\*

Imp. NICOLAS BASCONE & SAUVEUR MUSCAT — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090





TUNISIE : Els Nors — 61, Av. Garros — TUNIS — Tél. 282.090.

Numéro réservé aux Conférences  
organisées par la Société de Gynécologie  
et d'Obstétrique de Tunisie.

# LA TUNISIE

---

# MEDICALE

---

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS DE  
\_\_\_\_\_ TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS \_\_\_\_\_

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE  
27, Rue de la Procession - PARIS 15

# BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**

LABORATOIRES DU DOCTEUR E. BOUCHARA, 47, RUE DE BRETAGNE, PARIS (III<sup>e</sup>)



# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
— DE TUNISIE

et  
BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| — Le Rédacteur en Chef .....  | D <sup>r</sup> M. UZAN                                | } Comité<br>de lecture |
| — Le Rédacteur en Chef Adjoint .....                                  | D <sup>r</sup> J. CUENANT                             |                        |
| — Le Président de la Société des Sciences Médicales .....             | D <sup>r</sup> R. LADJIMI                             |                        |
| — Messieurs les .....   | D <sup>r</sup> H. BONAN<br>D <sup>r</sup> M. HADJOUDI |                        |
| — Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....            | D <sup>r</sup> G. BORSONI                             |                        |
| — Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre ..... | D <sup>r</sup> G. VALENSI                             |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien .....        | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES                          |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens .....     | D <sup>r</sup> S. AMAR                                |                        |

*Administration* : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247-255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.



# *Terramycine*\*

○ 8 V T É T R A C Y C L I N É

*l'antibiotique majeur  
à large spectre*

## **DRAGEES**

Flacon de 16 dragées, dosées à 0,250 g de **Terramycine-base**

## **COMPRIMÉS**

Flacon de 10 comprimés, dosés à 0,100 g de **Terramycine-base**

\* Marque de Fabrique de CHAS. PFIZER & Co, Inc

*Pfizer*

**LABORATOIRES CLIN-COMAR** 20, RUE DES FOSSÉS-ST.-JACQUES - PARIS - TÉL. ODÉON 27-20

## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> Partie)

<i>Présentation</i> , par le D <sup>r</sup> J. SCEMLA . . . . .	503
<i>La mort inexpliquée du fœtus in utero au voisinage du ternæ</i> , par M. Henri PIGEAUD, Professeur de la Clinique Obstétricale (Lyon) . . . . .	507
<i>Stérilité cervicale</i> , par le D <sup>r</sup> Jean SÉGUY (Paris) . . . . .	523
<i>Les fausses azoospermies</i> , par le D <sup>r</sup> Jean SÉGUY (Paris) . . . . .	539
<i>La tuberculose utérine (à propos de 48 observations)</i> , par les D <sup>rs</sup> J. G. VALENSI, T. BENZINA-BENGHEIKH et R. BRAMI . . . . .	551

UN COMPOSÉ IODO-SOUFRÉ DÉRIVÉ DE LA MÉTHIONINE  
DIRECTEMENT ASSIMILABLE - BIEN TOLÉRÉ

# LOBARTHROSE



IODURE DE MÉTHIONINE - MÉTHYLSULFONIUM  
AMPOULES DE 1 cm<sup>3</sup> POUR INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES  
dosées à 10 % (0,10 g par ampoule) boîte de 10 ampoules.

RHUMATISMES - ARTHROSES - ARTÉRIOSCLÉROSE

Agréée à l'usage des collectivités et de divers services publics.  
Remboursable par la Sécurité Sociale.

LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16<sup>e</sup>

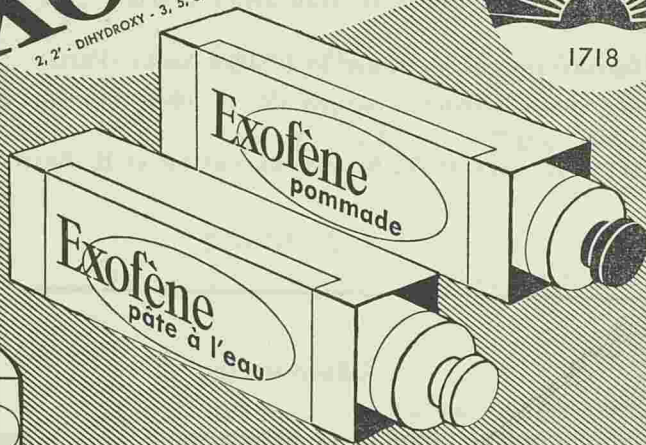
TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS



ANTIBIOTIQUE DERMATOLOGIQUE  
DE SYNTHÈSE

# Exofène

2, 2' - DIHYDROXY - 3, 5, 6, 3', 5', 6' - HEXACHLORODIPHÉNYLMÉTHANE



**NOUVEAU**

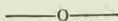
*Efficacité des antibiotiques fongiques  
sans risques d'eczématisation ni  
de sensibilisation*

LABORATOIRES MIDY, 67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17<sup>e</sup>

AGENTS DÉPOSITAIRES : SOCIÉTÉ SPÉCIMEDHY, 37, RUE D'ISLY, TUNIS

DRAEGER

## SOMMAIRE (2<sup>ème</sup> partie)



<i>Sur quatre cas de tuberculose du col de l'utérus, par les D<sup>rs</sup></i> J. SCEMLA, L. FOUQUET, L. SAADA, BERRAFATO . . . . .	575
<i>Société Médicale des Hôpitaux d'Alger</i> . . . . .	587
<i>Société Médicale de l'A.O.F.</i> . . . . .	591
<i>Livres reçus</i> . . . . .	593

---

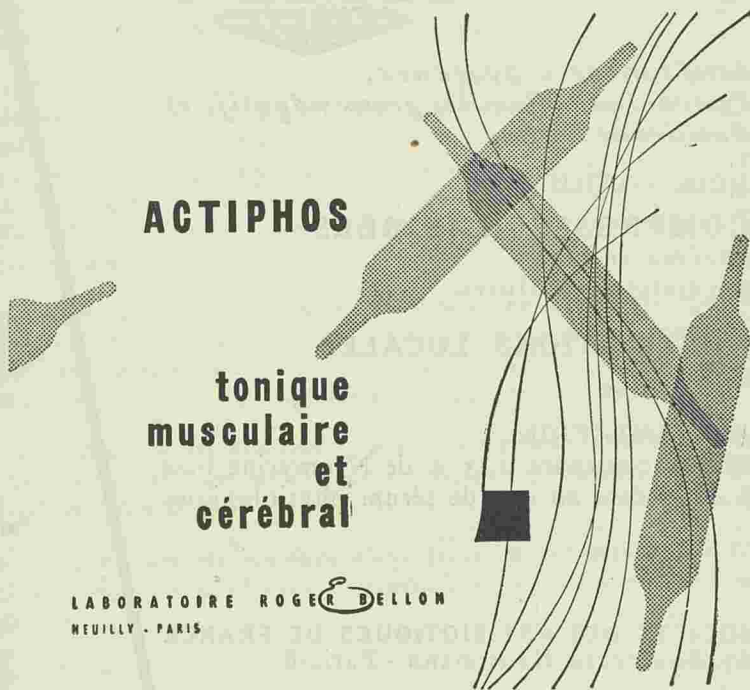
---

# ACTIPHOS

**tonique  
musculaire  
et  
cérébral**

LABORATOIRE ROGER  BELLON  
NEUILLY - PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS



*Fabriqué en France*



ANTIBIOTIQUE A USAGE LOCAL  
NON SENSIBILISANT, NON IRRITANT

**NEOMYCINE**

**DIAMANT**



*Actif sur cocci-pyogènes,  
Pyocyaniques, Bacilles gram négatifs et  
Bacilles de Koch.*

MODE D'UTILISATION

**COMPRESSES IMBIBÉES**

Eczéma infecté,  
dermatites, brûlures.

**INSTILLATIONS LOCALES**

Otites,

PRÉSENTATION

Flacon contenant 0,15 g. de Néomycine base  
à diluer dans 20 cm<sup>3</sup> de sérum physiologique.

**SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE**  
67, Boulevard Haussmann - Paris-8<sup>e</sup>



La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Tunisie a eu l'honneur de recevoir à l'occasion de sa Semaine annuelle d'actualités gynécologiques et obstétricales, M. le Professeur H. PIGEAUD, Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Lyon, et M. J. SÉGUY, Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

L'éminent représentant de l'Ecole Lyonnaise qu'est M. le Professeur H. PIGEAUD, nous a fait un magistral exposé de ses conceptions, maintenant classiques sur la physiopathologie et le traitement des néphropathies gravidiques et de l'éclampsie. Sujet d'actualité réelle, malheureusement, en Tunisie, et qui a vivement intéressé tous les praticiens.

Anticipant sur la question mise à l'ordre du jour au prochain Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de la langue française qui se tiendra à Marseille M. le Professeur H. PIGEAUD nous a ensuite entretenu des grossesses prolongées et de la théorie de la sénescence placentaire pour expliquer la mort du fœtus in utero.

Enfin dans une dernière conférence il nous a fait une brillante mise au point, sur le plan scientifique de la nouvelle méthode psychoprophylactique d'accouchement dit sans douleurs. Et cet exposé basé sur une très vaste expérience personnelle a retenu très vivement l'attention des auditeurs qui ont pu ainsi avoir une opinion personnelle très précise sur les avantages et le parti que l'on peut maintenant tirer de cette méthode.

La collaboration de M. J. SÉGUY à la Semaine d'actualité gynécologique et obstétricale n'en a pas été moins brillante. Elle a porté sur la Stérilité involontaire, question bien familière s'il en fut, puisque en véritable précurseur il s'y est adonné depuis plus de trente ans.

Tour à tour on été étudiées : la Dysménorrhée, la Stérilité cervicale, les fausses Azoospermies, dans un style bref, concis, à l'emporte pièce qui est bien le sien.

Ses exposés ont été émaillés d'une foule de renseignements cliniques de véritables « recettes thérapeutiques » puisés dans sa vaste documentation.

Et cette mise au point nous a permis d'avoir des idées claires et précises sur ces questions si touffues en même temps qu'elle a été une récapitulation de ses travaux et découvertes en ce qui concerne la glaire cervicale.

**HYPERCHLORHYDRIE  
DYSPEPSIES NERVEUSES**

*Toutes  
gastralgies*

**KAOBROL**

**3** Formules

SIMPLE = TABLETTES

BELLADONÉ = POUDRE & TAB.

BISMUTHÉ = POUDRE

Laboratoires Joseph LAROZE, 56, Rue de Paris, Charenton (Seine,

**HÉPATISME  
ARTHRITISME**

*Cure de  
décholestérolinisation*

**DECHOLESTROL**

1 PAQUET douze jours par mois  
matin et soir avant les repas  
dans un demi verre d'eau

*Ces conférences ont été suivies de séances hospitalières de présentation de malades au cours desquelles nos deux Maîtres n'ont pas ménagé leur peine pour nous prodiguer des conseils cliniques et thérapeutiques.*

*La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Tunisie est particulièrement heureuse d'avoir pu ainsi organiser une pareille Semaine si féconde en enseignements.*

*Elle tient à exprimer à nouveau à ses hôtes éminents sa gratitude et sa reconnaissance.*

*Elle adresse, en outre, ses remerciements très vifs à Monsieur le Ministre de la Santé Publique en Tunisie ainsi qu'à Monsieur le Chef de la Mission Culturelle Française de leur bienveillant appui.*

*Enfin elle remercie très vivement le Comité de rédaction de la Tunisie Médicale qui a bien voulu réserver deux de ses numéros pour la publication de ces conférences dont tout le corps médical de Tunisie pourra ainsi prendre connaissance.*

*Le Président :*

*D<sup>r</sup> J. SCEMLA.*

**DORMIR ET TRAVAILLER  
AU MILIEU DES BRUITS**

**Boules QUIES**

**EVITER LES OTITES  
EN NAGEANT**

**Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV.**

ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL

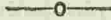




## La mort inexpiquée du fœtus in utero au voisinage du terme

par M. Henri PIGEAUD,

Professeur de Clinique Obstétricale — Lyon



Chaque année à la Clinique Obstétricale de Lyon 10 à 15 enfants succombent in utero au voisinage du terme, soit quelques jours avant la date théoriquement fixée, soit au contraire quelques jours plus tard, parfois au moment où apparaissent les premières contractions douloureuses, sans que, ni immédiatement, ni plus tard après l'accouchement, il soit possible malgré tous les moyens d'enquête mis en œuvre de découvrir et de préciser la cause réelle de la mort; on peut donc qualifier ces faits par l'expression de « mort inexpiquée du fœtus in utero ». Mais pour que cette expression soit absolument adéquate un certain nombre de critères doivent être réunis; ces critères seront établis à la suite de l'examen de l'œuf et du fœtus et après étude complète, clinique et biologique, de l'état de la mère.

Après l'accouchement, l'examen du fœtus présente une grande importance et l'autopsie doit être pratiquée, même s'il s'agit d'un fœtus nettement macéré, afin de mettre en évidence certaines malformations viscérales. Bien que ces malformations, lorsqu'elles sont incompatibles avec la vie, ne manifestent en principe leur action qu'après la naissance, on peut cependant penser que certaines exigences circulatoires, fonction de la croissance du produit de conception, ne puissent plus être satisfaites, au cours même de la vie intra-utérine, en cas par exemple de grosse malformation cardiaque, ou encore de hernie diaphragmatique. Dans un autre ordre d'idées, la constatation d'une spléno hépatomégalie pourra venir confirmer le rôle pathogénique mortel joué par une iso-immunisation, dépistée par ailleurs grâce à la mise en évidence et au dosage des agglutinines dans le sang de la mère.

L'examen de l'œuf est également indispensable et doit être pratiqué soigneusement. On signale simplement les cas des ruptures prématurées des membranes avec début d'infection amniotique, pour insister sur la fréquence relative des anomalies funiculaires (nœuds du cordon, circulaires serrés multiples) qui très simplement, du fait d'un hasard malheureux, peuvent expliquer la mort du fœtus in utero. Plus discutables sont d'autres faits anatomiques : placenta praevia sans syndrome hémorragique, lésions vasculaires au niveau de la caduque, infarctus placentaires; seule l'étude attentive des pièces avec examen histologique complémentaire pourra dans certains cas entraîner alors la conviction; de toute façon, ces facteurs anatomiques de mort du fœtus in utero, doivent être passés au crible d'une critique sévère et ne seront retenus que s'ils sont évidemment en cause.

Quant à l'examen clinique de la mère, on écarte bien entendu toute une série de faits correspondant à certaines circonstances où la mort fœtale est indiscutablement la conséquence d'une maladie évidente : infection transplacentaire au cours de l'évolution d'une affection aiguë (pneumonie, typhoïde, etc...); perturbation circulatoire utéro-placentaire en cas de déséquilibre circulatoire majeur (hypertension essentielle, néphrite chronique, néphropathie gravidique, asystolie, anémie aiguë); bouleversement métabolique et hormonal (diabète dysthyroïdie majeure, état évident de carence). Plus difficile à juger est le rôle joué par la syphilis lorsqu'il s'agit d'une spécificité déjà ancienne et plus ou moins régulièrement traitée, par une tuberculose faiblement évolutive lorsqu'on ne parvient pas à mettre en évidence des lésions placentaires, par un paludisme, une toxoplasmose possible, une colibacillose liée à une pyélite; seule une analyse objective des faits, un jugement basé sur l'expérience de l'accoucheur pourront aboutir alors à des conclusions valables. Souvent ces conclusions ne sont pas formelles et un doute persiste qui ne permet pas de classer la mort du fœtus in utero dans un groupe nosologique précis. Quoi qu'il en soit, on peut dire que, malgré une autopsie soignée du fœtus, un examen attentif des enveloppes de l'œuf et du cordon ombilical, une étude bien conduite, clinique et biologique, de l'état de santé de la mère, on en arrive actuellement à reconnaître que dans 35 % des cas environ la cause réelle, primitive, véritablement responsable de la mort du fœtus in utero au voisinage du terme, ne peut être précisée et reste inconnue.

\* \* \*

Que la mort du fœtus in utero survienne quelques jours avant le terme théorique, ou encore tout au début du travail, ou enfin à terme dépassé dans certains cas de grossesses prolongées, cette mort, lorsqu'elle reste inexplicée quant à son déterminisme véritable, paraît cependant commandée dans l'IMMÉDIAT par un trouble progressif des échanges fœto-maternels, trouble responsable d'une inanition et d'une anoxie mortelle, et, sans préjuger de la cause réelle de ces perturbations circulatoires se manifestant au niveau des lacs sanguins et des capillaires des villosités, reconnaît une origine placentaire; ainsi que l'a dit Clément SMITH : c'est quelque part dans cette « conduite de vie » qui fournit le fœtus en oxygène et en nourriture que la cause de la mort doit être trouvée ». On sait qu'entre le placenta et le fœtus d'une part et l'organisme maternel d'autre part, s'établit au cours de la gestation, du fait d'actions et de réactions réciproques, un état d'équilibre physiologique caractéristique de la grossesse normale et que l'on a qualifié d'état gravidique physiologique. Ainsi que nous avons essayé de le prouver à l'aide d'arguments convaincants d'ordre clinique, anatomique et biologique, on doit admettre que plusieurs semaines avant le terme cet état gravidique commence à se modifier progressivement et, dans le cas le plus habituel, de façon harmonieuse et



# 3

## ASSOCIATIONS HORMONALES

*Cruet*  
V  
V  
V

### TESTOVIRON-PROGESTÉRONE

2 DOSAGES

HYPERFOLLICULINIE  
PRÉMÉNOPAUSE  
HÉMORRAGIES  
FIBROMYOMES

### TESTOVIRON-ŒSTRADIOL

2 DOSAGES

CASTRATION  
MÉNOPAUSE  
FRIGIDITÉ

### PROLUTON-ŒSTRADIOL

AMÉNORRHÉES  
DIAGNOSTIC PRÉCOCE  
DE LA GROSSESSE

LABORATOIRES CRUET  
SERVICE SCIENTIFIQUE :  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS.VII<sup>e</sup>  
TÉL. INV 74-19

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS

équilibrée pour aboutir à un état humoral particulier, lequel, lorsqu'il se trouve, réalisé, conditionne le déclenchement du travail et la naissance de l'enfant.

Sans reproduire ici des arguments que nous avons exposés ailleurs (H. PIGEAUD : « Physiologie Obstétricale », 1 vol., Masson, 1954), on rappelle simplement qu'il semble légitime de rechercher dans l'étude du mécanisme ou encore de l'évolution même des modifications antepartum des édifications gravidiques, la cause de certaines morts, en apparence inexplicées, du fœtus in utero; à l'appui de cette opinion, on va étudier les modifications anatomiques et biologiques du placenta au voisinage du terme de la gestation.

#### A. — MODIFICATIONS ANATOMIQUES DU PLACENTA

La sénescence placentaire en fin de grossesse est un fait très anciennement connu mais l'intérêt récent apporté à l'étude des facteurs d'anoxie fœtale a donné à la question un regain d'actualité. Parmi les recherches intéressantes poursuivies à ce sujet, on citera celles entreprises depuis plusieurs années à la Clinique Obstétricale par G. FOURNIÉ et F. CHARVET. Les altérations morphologiques du placenta sénescent demandent pour être exactement appréciées que l'on tienne compte des éléments suivants :

a) **Déshabitation vasculaire de la villosité** par défaut de ravitaillement sanguin : ceci peut être dû à la disparition du vaisseau, à une lésion vasculaire pariétale, ou à une thrombose. Ceci est le fait essentiel et a pour conséquences :

- d'une part, l'apparition de la fibrine canalisée ou substance fibrinoïde (phénomène externe à la villosité);
- d'autre part, l'apparition d'une sclérose du stroma de la villosité (phénomène interne)

Il y a intrication de ces deux phénomènes : l'un favorisant l'autre dans une sorte de cercle vicieux.

b) Le dépôt de « substance fibrinoïde » au niveau du revêtement de la villosité est l'un des éléments les plus frappants de la sénescence placentaire. Au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse, on note qu'augmente l'importance de cet enduit éosinophile plaqué contre la surface syncytiale et qui l'isole des lacs sanguins maternels. Il semble qu'il faille voir à l'origine de cette « fibrine canalisée » de Langhans un processus de thrombose (NEZELOFF et ROUSSEL), probablement favorisée par la stase en certains points des lacs sanguins, mais peut-être aussi, sous la dépendance d'une action enzymatique propre au syncytio-trophoblaste. Quoi qu'il en soit, la fibrine initiale perd vite sa structure et l'on note habituellement sur les coupes une bande faiblement éosinophile et d'apparence hyaline. Ce véritable écran qu'il est logique d'assimiler à la « membrane hyaline » que l'on trouve dans certains

**SOBIO**

# AGÉRON

**NOUVELLE FABRICATION**

## *Suppression de la Vaso-dilatation faciale*

Nos Laboratoires, après d'importantes recherches et de nombreux essais cliniques, ont pu mettre au point un revêtement spécial à délitage entérique progressif, dragéifié.

- Évitant les inconvénients d'une vaso-dilatation brutale.
- Renforçant les hautes propriétés thérapeutiques de l'AGERON par absorption filée et activité étalée.

**STIMULATION BIO-ÉNERGÉTIQUE**

de tous les âges

**ANTI-ALGIQUE**

**MÉDICATION VASO-DILATATRICE**

Prévention des accidents de l'Antibiothérapie

### **NOUVELLE POSOLOGIE**

**ADULTES** : 1 à 3 dragées au cours des 3 repas (3 à 9 dragées par jour).

**ENFANTS** : 1 à 3 dragées par jour aux repas.

**SÉCURITÉ SOCIALE - A.M.G. - COLLECTIVITÉS**

LABORATOIRES SOBIO - 20, RUE D'AUMALE, PARIS (9<sup>e</sup>) - FIG. 65-59

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Pas. du 7 Mai - TUNIS  
MAROC : Ets PÉLISSARD — 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA  
ALGERIE : Toutes Pharmacies



poumons de prématurés anoxiques, aurait ainsi comme elle une origine mixte, procédant à la fois de facteurs extrinsèques et intrinsèques au revêtement épithélial.

Dans l'ensemble, nous croyons avec J. de REZENDE que « l'étude de la substance fibrinoïde du placenta peut déterminer le degré de déficet fonctionnel de l'organe ».

c) Les altérations du stroma de la villosité se font de façon constante dans le sens d'une hypergenèse collagène qui annonce et précède la sclérose. Il est toutefois important de distinguer ici :

- d'une part, les troncs villex pour lesquels la densification du stroma avec la perte des fonctions d'échange ne représente qu'une adaptaton au rôle de « porte-vaisseaux »;
- et d'autre part, les villosités nourricières, celles qu'HORMAN assimile aux racines de la plante et pour lesquelles la sclérose en s'opposant aux échanges réalise une véritable neutralisation fonctionnelle. D'ailleurs, la présence d'altérations vasculaires au sein même de ces petites villosités sclérosées, confirme cette façon de voir; endovascularite, puis étouffement progressif des capillaires.

Au terme de cette évolution, le revêtement ectodermal lui-même ne subsistera que par places, sans qu'il y ait toutefois un parallélisme étroit entre la vitalité du trophoblaste et la perméabilité des vaisseaux axiaux : ceci suggère la possibilité d'une vie libre en « culture pure » de certains éléments trophoblastiques du placenta sénescant (G. FOURNIÉ et F. CHARVENT).

d) Le problème des altérations du placenta « maternel » est difficile à résoudre par l'examen courant. Il semble cependant que les travaux récents s'attachent à en montrer l'importance et peut-être la primauté.

1° Des lésions vasculaires dégénératives sont notées au niveau de la caduque dans certains cas pathologiques : par exemple hyalinose et lipidose des parois artérielles de la caduque dans l'éclampsie; dans le diabète, dégénérescence avec tendance à la calcification de la média. Des faits analogues sont parfois notés en dehors de toute affection pathologique caractérisée, dans des circonstances presque physiologiques.

2° Des micro-infarctus peuvent réaliser des images de pseudo-décollement prématuré du placenta, en dehors de toute symptomatologie clinique.

3° Des lésions inflammatoires, enfin, peuvent être remarquées : il s'agit peut-être de séquelles d'endométrite. Nous rappellerons à ce sujet que FABRE avait noté des lésions d'endométrite dans certains cas de mort habituelle du fœtus.

ANTISEPTIQUE  
INTESTINAL

# ENTÉRO VIOFORME

IDOCHLOROXYQUINOLEINE

**SPÉCIFIQUE**  
**DES DYSENTERIES**  
**A PROTOZAIRES**

**IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ**

**INSOLUBLE**  
**NON TOXIQUE**  
**NON IRRITANT**

*Entéro-colites*

*Amibiase aiguë et chronique*

*Dysenteries parasitaires*

COMPRIMÉS à 0,25 g

LABORATOIRES

111, Bd VIVIER-MERLE, LYON

**CIBA**

PARIS, 57, QUAI D'ORSAY

## B. — MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DES ÉCHANGES FŒTO-MATERNELS EN FIN DE GROSSESSE

Il convient d'envisager successivement les modifications des échanges trans-placentaires au cours des dernières semaines de la gestation, puis ensuite l'importante question du mécanisme de l'adaptation fœtale à ces modifications en principe défavorables.

### a) Modifications des échanges fœto-maternels en fin de grossesse.

— On sait que la maturation du placenta s'accompagne d'un amincissement de la barrière placentaire, qui se réduit à la couche syncytiale : sang fœtal et sang maternel ne sont plus séparés, en fin de grossesse que par l'endothélium des vaisseaux fœtaux et par cette mince couche syncytiale. La perméabilité placentaire doit donc s'en trouver augmentée : c'est ce que montrent les travaux de FLEXNER et coll. (1942-1948) qui utilisent le sodium radioactif.

Mais, dans toutes les espèces étudiées par ces auteurs, la perméabilité placentaire diminue au cours des jours qui précèdent l'accouchement. Cette perméabilité diminue d'une façon considérable en cas de grossesse prolongée : FLEXNER et HELLMAN ont démontré que le placenta post-mature transmet mal le sodium et l'eau. Une étude de la courbe qu'ils ont établie montre que le maximum du passage de l'eau et du sodium a lieu entre la trentième et la quarantième semaine; après quoi se produit une chute rapide de la courbe.

Cette diminution de la perméabilité placentaire trouve sans doute son explication dans les modifications que le placenta subit en fin de grossesse (sénescence) et dont nous avons parlé plus haut.

Si l'on considère la question sous l'angle de la saturation d'oxygène du sang fœtal, on constate que la saturation en oxygène varie en fin de grossesse : BARCROFT, KENNEDY et MASON, en 1939, par une technique rigoureuse, ont pu, chez le mouton, suivre l'évolution de l'oxygène du fœtus entre 60 et 145 jours (date de la naissance). Ils notent que la saturation d'oxygène tombe à 60, 70 % à la fin de la grossesse. (1)

Parallèlement, la résistance du fœtus à l'anoxie semble diminuer avec l'âge de la grossesse : GLASS montre que la résistance à l'anoxie chez le lapin décroît avec l'âge du fœtus : à 29 jours, le fœtus résiste pendant 44 minutes à l'anoxie; à 32 jours (à terme), la survie est de 20 minutes; 10 jours après terme, elle n'est que de 3 minutes et enfin 18 jours après terme elle est d'une minute 1/2 (c'est-à-dire, celle de l'adulte).

Ceci est à rapprocher du fait que le prématuré est moins troublé par l'anoxie (malgré la relative déficience de son appareil respiratoire) que le nouveau-né à terme. Ceci étant pour la plupart des auteurs, en rapport avec le développement du système nerveux

(1) Alors que cette saturation était maximum : 50 % à 100 jours - 2/3 de la gestation chez le mouton.



# ENTEROSPASMYL

*obésité  
constipation  
spasmes coliques*

VITAMINE  
SIMPLE  
comprimés A. S.

VITAMINE  
MUCILAGINEUX  
granulé A. S.

VITAMINE  
MUCILAGINEUX  
S. R. B.  
granulé A. S. et A. M. G.

COMPRIMÉS aux repas GRANULÉ matin et soir



A. V. LA TECHNIQUE PUBLICITAIRE

Par ailleurs, l'étude de la circulation maternelle dans l'utérus et le placenta montre que chez le lapin il y a une diminution de 50 % du volume utérin sanguin en fin de grossesse. Donc, en fin de grossesse, les conditions circulatoires dans l'utérus deviennent moins favorables aux échanges placentaires (REYNOLDS, 1949).

On peut donc dire, avec R. CANON, P. GUILHEM et M. MAYER, qu'il existe en fin de grossesse un véritable état d'hypoxie fœtale. Cela peut sembler paradoxal, si l'on songe qu'en fin de gestation le poids de l'enfant augmente de 20 à 30 gr par jour.

b) **Adaptation du fœtus à ces modifications physiologiques.** — A ces conditions défavorables pour les échanges, en particulier pour l'hématose, le fœtus répond par une adaptation que certains ont considérée comme semblable à l'adaptation de la respiration de l'adulte en montagne. En effet, il y a augmentation de la quantité de globules rouges et de la quantité d'hémoglobine : ces modifications se font dans le sens d'une utilisation maximum de l'oxygène mis à la disposition du fœtus. **Le pouvoir oxyphorique** (ou capacité maxima d'oxygène) du sang fœtal est élevé en fin de grossesse; il y a une avidité particulière du fœtus pour l'oxygène : **pour une tension déterminée d'oxygène, le sang fœtal se sature à un taux plus élevé que le sang maternel.**

Ce pouvoir oxyphorique du sang fœtal augmente régulièrement au cours de la grossesse, il atteindrait chez le fœtus humain à terme une valeur de 21,5 vol. % dans le sang de la veine ombilicale (WINDLE, 1950), alors que la capacité d'oxygène du sang maternel diminuerait en fin de grossesse (15,6 vol. %). Un adulte normal a une capacité d'oxygène sanguin de 19 vol. % environ.

L'augmentation la plus rapide du pouvoir oxyphorique chez le fœtus du mouton se produit aux périodes où l'on constate le taux le moins élevé de saturation du sang en oxygène, c'est-à-dire au moment où le fœtus se trouve en état d'anoxie relative (BARCROFT).

**En conclusion,** à la fin de la gestation les besoins du fœtus en oxygène augmentent alors que la perméabilité placentaire diminue ainsi que l'intensité de la circulation maternelle et la saturation fœtale en oxygène. **Il existe en fin de grossesse un véritable état d'hypoxémie auquel il est indispensable que l'accouchement mette fin.** Il ne faut pas exagérer le danger de cette hypoxémie (A. LAMBRECHTS et A. BOEVER-MARESCHAL), car, dans la plupart des cas, quand les conditions maternelles, fœtales et placentaires restent normales, elle ne paraît pas entraîner de souffrance chez le fœtus : celui-ci peut s'adapter grâce à l'augmentation du pouvoir oxyphorique de son sang. Mais, dans quelques cas, on peut admettre que ce mécanisme d'adaptation ne soit plus suffisant (surmaturité ou sénescence placentaire trop précoce ou trop rapide); il y a alors un **risque certain** pour le fœtus, risque qui peut être mortel.

*Nouveau diurétique non mercuriel, actif par voie orale*

**diamox**

**Epanchements viscéraux**

**Glaucome aigu**

**Epilepsie**

**Obésité**

Boîte de 24 comprimés  
dosés à 0,25 g. d'acétazolamide

Tableau C

**THÉRAPLIX**

98, RUE DE SÈVRES ■ PARIS-7<sup>e</sup> : SÉGUR 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville

ALGER : 100, Rue Michelet



On sait à ce sujet que des recherches précises ont été effectuées chez la femme : A. MINKOWSKI, P. BIGET et N. CAILLEBOTTE ont mis en évidence la diminution du contenu en oxygène du sang artériel du cordon en cas de grossesse prolongée. La saturation du sang fœtal en oxygène tombe à des chiffres très bas : autour de 20 %, alors qu'un fœtus normal à terme a une saturation d'oxygène de 60 %.

De même, WALKER (1951), montre qu'en cas de grossesse surmature la diminution du contenu d'oxygène est à ce point accentuée qu'elle paraît difficilement compatible avec la vie.

On a pu dire que le fœtus post-mature était un fœtus anoxique. Il l'est dans des proportions différentes, suivant le cas, mais la menace qui pèse sur lui est proportionnelle au degré de cette anoxie qui est parfois considérable. Et, fait important, cette anoxie ne réagit pas à l'administration d'oxygène chez la mère : tout se passe comme si le placenta post-mature devenait imperméable à l'oxygène qui, jusque-là, le traversait facilement (P. MORIN).

Des critiques ont été faites, par de nombreux auteurs à propos de ces dosages d'oxygène dans le sang du cordon : il y a certainement des causes d'erreurs dues aux manipulations du cordon et aux modifications mécaniques apportées par le travail. Les chiffres rapportés, par MINKOWSKI en particulier, ne sont peut-être pas exacts en valeur absolue. Mais on voit difficilement comment des dosages en oxygène du sang fœtal pourraient être pratiqués in utero; et de toute façon ces chiffres gardent une valeur relative si l'on les compare aux chiffres obtenus dans les mêmes conditions d'examen pour les grossesses normales.

\* \* \*

L'exposé détaillé des modifications anatomiques et physiologiques qui caractérisent l'évolution des processus d'échanges transplacentaires en fin de gestation, conduit à penser que certaines morts inexplicables du fœtus in utero en fin de gestation, ou encore à terme dépassé, sont dues, soit à la rapidité anormale ou à la trop grande extension des phénomènes de sénescence placentaire, soit au non déclenchement du travail au moment physiologiquement nécessaire, soit encore à l'association de ces deux ordres de facteurs : sénescence placentaire anormalement extensive et non réponse utérine à certaines incitations humérales.

Dans cette hypothèse, il ne faudrait donc plus tenir compte de la chronologie de la mort fœtale par rapport au terme théorique et, quelle que soit la date de la mort, admettre que dans tous les cas il s'agit de grossesses biologiquement prolongées. En réalité, il est impossible de savoir, à quinze jours près, quelle est la durée exacte d'une gestation normale et, de même qu'il existe des différences strictement physiologiques dans

la durée évolutive des cycles menstruels, il peut parfaitement exister des différences individuelles dans la durée des cycles gravidiques. On peut donc admettre la réalité de grossesses prolongées vraies, alors que le terme théorique fixé arbitrairement à 280 jours après la date probable de la fécondation n'est pas encore atteint; cette prolongation « avant terme » joue alors contre le développement et la vie du fœtus, tout comme peut jouer la prolongation de la grossesse à terme dépassé lorsqu'elle est chronologiquement certaine.

Dans l'un et l'autre cas, l'action pathologique réside essentiellement dans le fait que l'utérus ne se contracte pas et ne rentre pas en travail au moment où l'évolution du mécanisme de désintégration des édifications gravidiques devrait théoriquement commander l'accouchement. Est-ce l'utérus qui se montre réellement incapable par une sorte de **métrose de réceptivité** de répondre à des incitations humorales et nerveuses de type physiologique, s'agit-il au contraire d'incitations hormonales placentaires chronologiquement perturbées, évidemment possibles, puisque l'on a vu que certaines scléroses villositaires pouvaient aller de pair avec la persistance d'une activité syncytiale conservée (vie syncytiale et sécrétions hormonales possibles du fait d'une sorte de parasitisme avec échanges persistants au niveau des villosités scléreuses, entre les éléments cellulaires du revêtement et le sang des lacs sanguins), il est bien difficile de le savoir, mais de toute façon et quoi qu'il en soit le fœtus in utero ne reçoit plus, du fait des processus de sénescence placentaire, les éléments nutritifs et la quantité d'oxygène indispensables à sa vie; il souffre et peut succomber. Que cette mort survienne quelques jours avant ou quelques jours après le terme théorique, son mécanisme est le même en rapport, dans les deux cas, avec une naissance pathologiquement retardée au cours d'une gestation, non pas toujours chronologiquement, mais toujours biologiquement prolongée.

\*  
\*\*

Ces considérations d'Anatomie et de Physiologie pathologique conduisent à envisager la question thérapeutique. Nous venons de revoir dans la Thèse de R. CATTIN, Interne à la Clinique Obstétricale, quinze observations de morts inexplicées du fœtus in utero, au voisinage du terme, observations recueillies chez des femmes que nous avons pu surveiller et traiter au cours d'une nouvelle gestation; au cours de celle-ci une enquête médicale, complémentaire de celle poursuivie à la suite du précédent accouchement, est venue confirmer que la mère était indemne de toute tare organique et ne présentait aucun signe de maladie ou de déséquilibre humoral notable susceptibles d'être incriminés.

Dès le début de la grossesse, ont été organisés un traitement par les oestrogènes et aussi un traitement vitaminique : di-éthyl-stilbœstro<sup>1</sup> à dose régulièrement progressive pour atteindre 50 mmg par jour au



début du neuvième mois; vitamines E, C et B. A partir du début du huitième mois, la surveillance clinique et biologique s'est resserrée : poids, diurèse, tension, protéinémie, dosages répétés des œstrogènes urinaires et du prégnandiol, pratique régulière des frottis vaginaux.

Les femmes ont été hospitalisées un mois avant le terme théorique et, tandis que les examens que l'on vient d'énumérer étaient multipliés, on a tout particulièrement surveillé le comportement de l'enfant : mensurations du volume utérin, radiographies fœtales montrant l'absence de malformation et le degré de développement de l'appareil osseux, étude spécialement attentive des bruits du cœur que nous savons, par expérience, se modifier assez souvent au point de vue rythme et tonalité parfois plusieurs jours avant le moment où le fœtus succombe in utero.

A partir du moment où, un mois avant le terme théorique, la gestante est hospitalisée, on se tient prêt à interrompre la grossesse. Si des signes de souffrance de l'œuf, signes cliniques et biologiques, apparaissent nettement, nous intervenons aussitôt; dans le cas, au contraire, où tout paraît normal (croissance fœtale régulière; bruits du cœur normaux; œstrogènes, prégnandiol, frottis vaginaux concordants dans une note optimiste), nous intervenons quand même 15 jours avant le terme théorique et interrompons systématiquement la grossesse à 8 mois 1/2.

Parfois, en cas de souffrance fœtale conférant à l'interruption de grossesse un caractère d'urgence, ou encore si certaines circonstances obstétricales le commandent, une césarienne est indiquée. Le plus souvent, considérant que la césarienne est inutile et présente encore certains risques, nous provoquons l'accouchement par les voies naturelles.

Nous repoussons formellement dans de tels cas, avec enfant supposé a priori fragile, les moyens médicamenteux de déclenchement du travail et écartons l'emploi des ocytociques. On place très simplement une bougie de Krause et on attend le déclenchement du travail qui chez les multipares, survient régulièrement dans les quarante-huit heures; quelquefois, lorsque le col est franchement déhiscent, la simple rupture artificielle des membranes détermine l'accouchement. Celui-ci est naturellement particulièrement surveillé et dirigé, avec utilisation opportune de médicaments anti-spasmodiques et utilisation d'une oxygénothérapie efficace (concentration d'oxygène à 60 % dans un masque semi-étanche); s'il y a lieu, une intervention obstétricale simple est rapidement pratiquée et tout est préparé pour une réanimation éventuellement nécessaire.

Les résultats rapportés dans la Thèse de R. CATTIN (Lyon, 1955) sont bons, puisque si deux enfants ont succombé in utero au cours du huitième mois, c'est-à-dire avant le moment où serait devenue légitime



une interruption de la grossesse, les 13 autres enfants sont nés vivants et sont sortis en bon état du Service.

Cette interruption systématique de la grossesse au cours des quatre semaines précédant la date du terme théorique, ne constitue pas, bien entendu, une thérapeutique originale ou nouvelle, puisque pareille intervention a été proposée et utilisée depuis bien longtemps en cas de mort habituelle du fœtus in utero; les considérations de Physio-Pathologie obstétricale que nous venons d'exposer prétendent cependant sortir cette thérapeutique du domaine de l'empirisme, tandis que les résultats cliniques que nous avons obtenus (et les quinze observations de la Thèse de R. CARRIN ne sont que quelques cas particulièrement bien étudiés et choisis parmi beaucoup d'autres analogues) apportent aux hypothèses pathogéniques invoquées dans ce travail un appui, évidemment non absolument concluant, mais cependant réel.



**MUCINUM**  
LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

Prescrivez maintenant

# STEARATE d'ERYTHROCINE

(STEARATE D'ERYTHROMYCINE *Abbott*)

l'antibiotique "ACTUEL"

Comprimés à 0,1 gr.  
(sous pellicule cellulosique)



Posologie : 0,8 à 2 gr. par jour  
enfants, : 30 mcgr / kilo

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE n'est pas détruit par le  
suc gastrique.

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE donne une concentration  
sanguine antibiotique QUATRE FOIS  
PLUS RAPIDE que les anciennes  
dragées.

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE permet l'absorption  
aisée du comprimé tel que ou écrasé  
(enfants, certains malades).

**CAR LE STEARATE**  
d'ERYTHROCINE ne perturbe guère la  
flore intestinale, a peu d'effets secondaires  
et contre les infections à cocci  
et notamment les souches résistantes,  
EST ACTIF.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES *Abbott*  
44, RUE BEAUMARCHAIS, MONTREUIL-SOUS-BOIS (SEINE) — TÉLÉPHONE : AVRON 47-77

**NOUVEAU DOSAGE : Comprimés à 200 mg**  
sous pellicule cellulosique

TUNISIE : J. BERREBBI — 81, Avenue de Londres - TUNIS.

## STERILITÉ CERVICALE

par le Dr Jean SÉGUY (Paris)

---

### AUTREFOIS :

Le col était regardé comme le responsable essentiel de la stérilité féminine. C'est lui que l'on soignait surtout et on pouvait dire :

Soigner la stérilité = soigner le col.

Il y a quarante ans le gynécologue avait deux préoccupations principales :

1° Dilater le col. On le trouvait presque toujours trop étroit, et on s'efforçait de l'agrandir.

On le dilatait, soit progressivement et lentement par des lamineuses, soit par une dilatation brutale, sous anesthésie.

On a discuté longuement sur les avantages de chacune des deux méthodes. Il va sans dire que parfois une grossesse survenait et cela ne faisait qu'ancrer le gynécologue sur l'efficacité de sa thérapeutique.

Mais parfois le col après sa dilatation revenait sur lui-même, et on n'hésitait pas à l'ouvrir. On faisait des dissections postérieures ou antérieures sur les lèvres du col. Une opération eut une vogue particulière c'est la stomatoplastie de Pozzi qui par évidemment commissural tendait à agrandir son orifice. Il faut reconnaître que ces opérations multiples, si elles ouvraient l'orifice externe du col, n'agissaient nullement sur l'orifice interne.

2° Désinfecter le col. Cette désinfection était une chose difficile. car l'infection siégeant dans la profondeur des glandes cervicales, il était très difficile d'en venir à bout.

Après une ère chirurgicale dans laquelle on faisait des excisions du col malade (trachelorrhaphie) ou même des amputations du col, suivant la technique de SCHÆDER et de STRUMDORF.

Certaines opérations avaient pour but de lutter contre les deux choses, la sténose et l'infection comme la stomatoplastie de Pozzi.

Puis il y eut une grosse amélioration, réalisée par RICHELOT qui employait le caustique de FILHOS, pour détruire la muqueuse infectée du col. Cette technique donna des résultats parfois excellents et permit entre les mains de SIREDEY de nombreuses grossesses.





# THYROBOLINE



Tube de 30 comprimés à 5 cg  
3 comprimés par jour

S.S. - A.M.G. - COLL. - A.P.

Technique Publicitaire

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE

8, Passage du 7 Mai - TUNIS

L'application du caustique de FILHOS fut concurrencée par la diathermo-coagulation, intra et extra-cervicale. Mais ces traitements, filhos et diathermo, risquaient de faire courrir des risques de sténose cervicale à la malade lorsqu'ils étaient employés à l'intérieur du col, d'où la nécessité de dilatations répétées pour garder une perméabilité au col et éviter des ennuis, parfois graves, si une grossesse survenait, au moment de l'accouchement.

#### ACTUELLEMENT :

Le col continue à jouer un rôle important dans la stérilité, mais n'est plus la cause essentielle.

On s'est aperçu que, très souvent, la stérilité était due à des lésions tubaires. Cette stérilité tubaire, à la suite de RUBIN on peut en faire le diagnostic par l'insufflation, ou par l'hystéro-salpingographie aux liquides de contrastes variés, dont le plus employé est le Lipiodol.

On s'est enfin aperçu de l'importance, essentielle du fonctionnement ovarien. Par des procédés multiples et variés, on s'est efforcé de faire le diagnostic de ces stérilités ovariennes. On a fait des essais thérapeutiques extrêmement variés, pour essayer de déclencher la ponte de l'ovaire.

La stérilité cervicale garde, cependant, toute son importance. Elle a été particulièrement étudiée et son mécanisme a été grandement élucidé. Ce sont les différentes modalités de cette stérilité cervicale que nous avons l'intention de vous présenter.

#### I. — STERILITE CERVICALE PAR STENOSE

Les stérilités dues à une sténose du col sont infiniment plus rares qu'on ne le croit en pratique. Pour qu'une sténose du col soit susceptible d'entraîner la stérilité, il faut qu'elle s'accompagne d'une forte dysménorrhée mécanique au début des règles et que le cathétérisme du col par l'hystéromètre soit impossible. Il est certain que ces stérilités par sténose du col, vraisemblablement, n'atteignent pas 1 % des cas de stérilité.

La sténose peut siéger à l'orifice externe. L'orifice est, en général, ponctiforme et le col long et pointu.

Parfois la sténose siège au niveau de l'isthme. Elle passe facilement inaperçue et ne peut être mise en évidence que par l'hystéromètre.

Parfois, enfin, la sténose peut siéger sur tout le canal cervical, présentant parfois de véritables plis, en chicanes, qui s'opposent à la montée des spermatozoïdes (plis d'Erchia).

# CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne

Altitude : 400 m.

---

## SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

400 km. de Paris — Voitures directes — Express Thermaux  
Paris et Marseille — Aérodrome d'Aulnat

---

**CHATEL GUYON** possède les eaux les plus riches du Monde en chlorure de magnésium assimilable.

**CHATEL GUYON** guérit l'intestin, constipation, colites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

La cure de **CHATEL GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges.

Elle guérit l'anaphylaxie et remonte l'état général.

**CHATEL GUYON** lutte contre la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

**CHATEL GUYON** est cholagogue, combat l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire, éclaircit le teint et guérit les entérites coloniales.

**CHATEL GUYON** est la Station idéale pour combattre l'amibiase.

**CHATEL GUYON**, par son chlorure de magnésium, prévient les tumeurs, tonifie et vitalise l'organisme.

Ses installations complémentaires inédites permettent de donner avec succès des soins gynécologiques, rhino-pharyngés, etc... cellulite.

### OBSERVATIONS

**CHATEL GUYON** a su se placer au premier rang du Thermalisme Mondial grâce aux modernisations et aux installations nouvelles, en partie inédites, entreprises depuis la Libération.

**CHATEL GUYON** a trouvé la récompense de ses efforts dans le succès toujours croissant qu'elle connaît.

**CHATEL GUYON** « est à l'avant garde du progrès », a pu écrire un membre de l'Académie de Médecine, le 14 août 1954, après visite des installations.

---

**Renseignements** : Société des Eaux Minérales et des Etablissements Thermaux — Grands Thermes — CHATEL GUYON



— Ces sténoses du col peuvent être congénitales, elles rentrent généralement dans le syndrome de l'infantilisme génital : l'utérus est petit, en rétroflexion légère, ou, au contraire en antreversion excessive. Les trompes sont longues et flexueuses et souvent également, les ovaires sont petits et durs.

Parfois le col est mal formé : col avec opercule, formé par la lèvre supérieure proéminente, col avec hypospadias dont nous avons rapporté trois observations. Toutes ces malformations du col peuvent gêner, dans une certaine mesure, la fécondation. Col double, coexistant, presque toujours avec une malformation.

Dans certains cas, la sténose du col est si serrée que les règles, elles-mêmes, n'arrivent pas à la passer et il s'établit alors une hématométrie plus ou moins considérable.

— Ces sténoses du col peuvent être acquises. Ces sténoses acquises sont en général consécutives à des traitements, par néofilhos, par diathermo-coagulation. D'où l'importance capitale de bien surveiller la cicatrisation du col après la cautérisation et de maintenir son calibre normal par dilatations aussi souvent qu'il est nécessaire. On a heureusement renoncé aux installations de chlorure de zinc qui laissent des séquelles redoutables. On a également à peu près renoncé à des pratiques dangereuses qui ont eu leur moment de vogue : dilatation forcée du col, incision du col qui laissent souvent après elles des cicatrices vicieuses du col, souvent sources de sténose.

— Le diagnostic de ces sténoses cervicales est assez facile. Nous rappelons que dans un col on doit passer facilement la bougie numéro 4 de la filière de Heggard. Toutes les fois où celle-ci ne peut passer librement, c'est qu'il existe une sténose de col plus ou moins accentuée, qui peut siéger, nous le rappelons, soit à l'orifice externe, soit à l'orifice interne, soit toute la longueur du canal.

Parfois le col est incathérisable et les bougies les plus fines n'arrivent pas à passer. Ce sont alors des sténoses redoutables, car, même traitées, elle ont tendance à récidiver d'une façon désespérante.

— Le traitement de ces sténoses du col est essentiellement la dilatation. Celle-ci peut être :

— brutale sous anesthésie, rétablissant la perméabilité normale du col et la dépassant largement (bougie 8 ou 10). Nous pensons que cette pratique est mauvaise, car on dilacère le col et la conséquence en sera une sténose aggravée;

— lente et progressive par des laminaires comme on le faisait autrefois, par des bougies comme on le fait actuellement, mais sans anesthésie, en ne dépassant pas la bougie numéro 5 de la filière Heggard.

Le pansement de marche

# ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

## CICATRISÉ

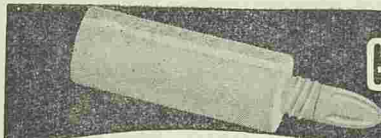


- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.  
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.  
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS

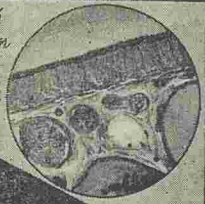


## GOUTTES O.R.L. CHIBRET

**BENZO-DODECINIUM**  
**CORTISONE**  
**PROPIONATE DE SODIUM**

*Respectent l'activité  
ciliaire et la fonction  
sécrétoire*

Composition : Benzododecinium, Cortisone, Propionate de Sodium, Eau.



LABORATOIRES  
**CHIBRET**  
CLERMONT-FR - PARIS

TUNISIE : Ets ZANA & COHEN-JONATHAN

24, Avenue de Lyon — TUNIS

Cette dilatation doit être répétée chaque fois avant les règles, autant de fois qu'il est nécessaire pour rétablir une perméabilité normale. Il faut beaucoup de patience pour récupérer un col sténosé.

Il y a des cas où la sténose est si importante, si serrée, que tout catétérisme à la bougie devient impossible. Dans ces cas, il n'y a qu'une seule solution : après avoir bien repéré la position de l'utérus, il faut rétablir la continuité du canal, par une petite diathermo-coagulation à la pointe fine. Une fois le passage rétabli, il faudra dilater comme dans les cas précédents.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on a maintenant recours à la chirurgie dans les sténoses du col. Toutes les opérations qui ont été préconisées dans ce but, sont des opérations périmées qui ne doivent plus avoir cours, la diathermo-coagulation permettant d'une façon beaucoup plus élégante de modeler un col et de l'ouvrir s'il y a lieu.

## II. — STERILITE CERVICALE PAR INFECTION

Il faut distinguer, dans ces infections du col :

— celles qui sont extérieures au canal et qui affectent le museau de tanche à épithélium malpighien, c'est l'exocervicite classique;

-- celles qui sont à l'intérieur du col, dont les places fortes se trouvent profondément situées à l'intérieur des glandes. C'est l'endocervicite classique.

**L'EXO-CERVICITE.** — L'exocervicite est caractérisée par un rougeur diffuse sur le museau de tanche, parfois plus ou moins étendue. Cette lésion est la source d'une leucorrhée, souvent très abondante qui fatigue beaucoup la malade, parfois si intense qu'elle entraîne des lésions des organes génitaux externes. Elle retentit sur le système sympathique pelvien en le sensibilisant, elle peut entraîner de la dyspareunie, de la dysménorrhée, elle retentit parfois sensiblement sur le psychisme de la malade.

Cette exocervicite, par contre, n'est pas très grave pour la fécondation et est rarement la cause de stérilité, car elle laisse indemne le canal cervical.

**L'ENDO-CERVICITE** est beaucoup moins bruyante que la précédente, elle donne une leucorrhée beaucoup moins importante mais beaucoup plus redoutable pour la fonction de reproduction. Il existe chez certaines femmes un véritable bouchon purulent qui occupe tout le canal cervical.

Les pertes glaireuses purulentes peu abondantes ne sont évacuées qu'au moment des efforts de défécation ou de miction,



**NOUVEL ANTIBIOTIQUE ORIGINAL  
ACTIF PAR VOIE BUCCALE**

**DÉCOUVERTE DES LABORATOIRES  
DE RECHERCHES RHÔNE-POULENC**

**ROVAMYCINE**

( 5337 R.P. )

NOM GÉNÉRIQUE : SPIRAMYCINE

( comprimés vernis dosés à 250 mg )

( FLACONS DE 20 )

**L'ANTIBIOTIQUE DE SÉCURITÉ  
DE LA PRATIQUE COURANTE**

1° La ROVAMYCINE est particulièrement efficace dans les infections à germes Gram-positif (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, entérocoque) et spécialement dans les AFFECTIIONS RESPIRATOIRES.

2° La ROVAMYCINE trouve une indication de choix dans LES INFECTIONS A GERMES RESISTANT AUX ANTIBIOTIQUES ET PRINCIPALEMENT LORSQU'IL S'AGIT DE STAPHYLOCOQUES.

3° La ROVAMYCINE n'irrite pas la muqueuse gastrique et respecte la flore intestinale utile, deux qualités importantes qui expliquent sa bonne tolérance digestive.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA  
INFORMATION MÉDICALE - 28 Cours Albert 1<sup>er</sup> Paris-8<sup>e</sup> - Tél. BAL. 10-70

Si le diagnostic de l'exocervicite est facile et saute à la vue dès qu'on met un speculum, il n'en est pas de même de l'endocervicite qui, parfois, évolue à bas bruit et peut passer inaperçue. Déjà SIREDEY recommandait, autrefois, la traite du col entre les valves du speculum. Nous lui préférons l'aspiration par la ventouse de Bier, munie d'une petite pompe aspirante. Dans l'exsudat ainsi recueilli, on trouve une flore microbienne extrêmement importante, dans laquelle il est parfois possible de trouver quelques gonocoques.

Le traitement de ces métrites du col a beaucoup évolué depuis ces dernières années

Le traitement de l'exocervicite est facile et constamment efficace. Si l'on veut bien renoncer à tous les attouchements du col inutiles et faire d'emblée, soit une cautérisation ou néofilhos, soit une électrocoagulation, on détruit de la sorte complètement la partie malade du col et on a un retour parfait ad-integrum.

La seule précaution à prendre est de vérifier la perméabilité du col par une dilatation, deux mois après le traitement.

Les résultats de cette technique de traitement sont si spectaculaires et si constants, que nous nous refusons à discuter les autres traitements possibles.

Le traitement de l'endocervicite s'est modifié complètement. Autrefois, on les guérissait en cautérisant toute la partie interne de la muqueuse du col, ce qui risquait, lorsque l'infection était tenace et qu'on multipliait les applications de filhos ou de diathermo-coagulation de détruire complètement la muqueuse et en atteignant parfois le muscle, d'avoir des cicatrices importantes, gêne parfois redoutable au cours d'un accouchement ultérieur.

Nous insistons sur un point particulier extrêmement important. c'est que la destruction de la muqueuse cervicale entraîne ipso-facto la destruction des glandes cervicales ou la suppression, si grave des glaires de fécondation.

Aujourd'hui, les glaires infectées de l'endocervicite sont spectaculairement clarifiées et modifiées par l'emploi des antibiotiques. Il semble que l'association pénicilline-streptomycine donne les résultats les plus constants, mais les autres antibiotiques peuvent, dans certains cas, être employés avec intérêt.

Ce traitement des endocervicites par les antibiotiques, donne des résultats vraiment spectaculaires qui ont permis la guérison de nombreux cas de stérilité.

Ce n'est que dans certains cas très particuliers qu'il y aurait lieu d'associer au traitement par antibiotiques, l'ouverture par diathermo-coagulation de cols déformés ou sténosés.

# TRIPLE ACTION

*antiphlogistique*

*anti-algique*



*urico-  
éliminatrice*

**ARTHROPATHIES RHUMATISMALES ou GOUTTEUSES**

**COLCHICINE · ASPIRINE  
· VITAMINE B<sub>1</sub> HOUDÉ**

DRAGÉES GLUTINISÉES  
Remboursé par la S. S.

LABORATOIRES HOUDÉ  
9, rue Dieu — PARIS (X<sup>e</sup>)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



Une dernière question mérite de nous arrêter un instant, c'est l'instillation d'antibiotiques directement dans le col. Nous avons fait de nombreux essais de cette méthode, toujours un peu douloureuse et désagréable pour la malade et nous sommes arrivés à la conclusion que cette méthode n'a aucun intérêt. L'instillation intracervicale n'a pas plus d'efficacité que les antibiotiques par voie générale. Ceux-ci nous paraissent suffisants. S'ils échouent, les instillations intra-cervicales échoueront de la même manière, c'est qu'il y a autre chose qu'une infection intra-cervicale et il faut en chercher la cause.

### III. — STERILITE CERVICALE BIOLOGIQUE

Autant les stérilités par sténose ou par infection du col ont perdu de l'importance dans la question de la stérilité cervicale, autant les facteurs biologiques sont devenus très importants.

Le col a deux rôles biologiques à remplir :

1° Il favorise par des sécrétions spéciales de ses glandes le transit des spermatozoïdes du vagin vers le col.

2° Il est le point de départ de réflexes extrêmement importants qui jouent un rôle essentiel dans la déterminisme de la ponte ovulaire.

#### 1. *Transit des spermatozoïdes vers le col :*

Le col n'est pas constamment perméable aux spermatozoïdes. Chez une femme réglée à 28 jours, le col est perméable entre le 9<sup>e</sup> et le 16<sup>e</sup> jour du cycle, au moment où existe une sécrétion spéciale, glaireuse, flante, translucide, alcaline (pH 8 à 8,5) qui permet aux spermatozoïdes déposés dans le vagin à pH 4 ou 5 de trouver un abri en gagnant le col.

Entre l'orifice externe et l'orifice interne du col il existe une cavité plus ou moins distendue par cette sécrétion spéciale qui s'écoule d'ailleurs au dehors ou tombe sur la paroi postérieure du vagin, réalisant une véritable échelle pour l'ascension des spermatozoïdes. Dans cette cavité cervicale, les spermatozoïdes restent aussi longtemps que les glaires restent favorables (nous avons trouvé dans le col des spermatozoïtes vivants, six heures après un rapport unique).

L'absence ou la modification défavorable de ces glaires cervicales entraîne la stérilité en réalisant une barrière infranchissable au passage des spermatozoïdes.

Plusieurs éventualités sont à envisager :

a) Les glaires sont absentes :

L'absence confirmée par plusieurs examens des glaires cervicales de fécondation, est une cause grave de stérilité. Encore faut-il s'assurer qu'il n'y a pas de décalage physiologique des glaires. Nous avons vu des glaires commencer au 18<sup>e</sup> jour, sur un cycle de 28 jours.

Cette absence de glaire peut être :

Congénitale, elle est en général associée à un infantilisme genital et en particulier à une atrophie ovarienne. Ces ovaires petits, blancs et scléreux ne pondent pas.

Acquise, elle peut être le fait d'une infection sévère, cervico-corporéale, avec sclérose secondaire des glandes. Mais dans la majorité des cas, cette absence de glaires survient à la suite de cautérisations intracervicales par caustiques, ou encore à la suite d'interventions plastiques sur le col.

En présence d'une telle absence de glaires, il faut évidemment essayer un traitement par œstrogènes, dont on connaît l'action particulièrement intense sur la sécrétion des glandes cervicales. Parfois le résultat sera extrêmement favorable.

Mais bien souvent cette absence de glaires surtout chez les femmes hyperfolliculiniques chez lesquelles l'excès d'œstrogène entraîne une sclérose adénomateuse de glandes, ne subit aucune amélioration par les œstrogènes, au contraire. Il faut donc dans ces cas, lutter contre l'hyperfolliculinie.

b) Les glaires sont infectées. Nous avons déjà insisté sur ce point, au sujet de l'endocervicite, nous avons dit combien cette infection des glaires était parfois discrète et pouvait passer inaperçue. Par contre, nous avons insisté sur les résultats spectaculaires obtenus par les antibiotiques.

c) Les glaires sont épaisses et gélatineuses, et leur culture est stérile. Cette anomalie des glaires est due assez souvent à une insuffisance d'œstrogènes. Un traitement œstrogénique court au début de la période des glaires, suffit dans bien des cas à donner le passage aux spermatozoïdes et parfois à la grossesse désirée.

Mais bien souvent, il s'agit de lésions plus complexes, et c'est la sécrétion même des glandes cervicales qui est anormale.

Ces glandes souvent adénomateuses secrètent des glaires épaisses comme certaines glandes salivaires secrètent de la salive épaisse.

Le traitement œstrogénique dans ces cas au lieu d'améliorer la lésion, tend au contraire à l'aggraver. Les anti-œstrogènes sont parfois plus heureux, mais il faut avouer que ces glaires épaisses dans lesquelles quelques rares spermatozoïdes oscillent péniblement comme pris au piège, sont bien difficiles à modifier.

d) Les glaires sont claires, macroscopiquement normales, le sperme de son côté, paraît tout à fait suffisant et pourtant, à des examens répétés, on ne trouve pas de spermatozoïdes dans les glaires après rapport, même si celui-ci a eu lieu peu de temps auparavant.

DOULEUR



LAMALINE

ANALGESIQUE VRAI, NON TOXIQUE  
(TOUTES DOULEURS)

CACHETS-SUPPOSITOIRES

REMBOURSÉ PAR LA SÉCUR. SOC.

Sarbeck

Pub. S. B.

CHATILLON - SUR CHALARONNE AIN TELEPHONE 24

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.  
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.  
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).  
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).  
GUIGON : Boîte Postale 513 — DAKAR (Sénégal).  
SO.A.C.I.A. : Boîte Postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).  
LABOREX : Boîte Postale 872 — DAKAR (Sénégal).  
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte Postale N° 362 —  
FORT DE FRANCE (Martinique).



Trouver la cause d'une pareille anomalie, est un problème parfois délicat, pour la solution duquel, nous sommes obligés de faire appel à d'autres tests.

— Nous avons d'abord le test II qui consiste à observer, sous lame, au microscope, le comportement des spermatozoïdes mis en présence des glaires.

Parfois les spermatozoïdes ne sont nullement attirés et restent dans le sperme (glaires non attractives).

Parfois, les spermatozoïdes subissent une attirance normale et pénètrent très vite dans les glaires, mais très vite, également on les voit se lover et s'immobiliser (glaires sirènes).

Le problème qui nous est ainsi posé par le résultat du test II est très difficile à résoudre et nous devons avouer que nous ne savons pas pourquoi certaines glaires ne jouent pas leur rôle d'attraction de protection. Dans quelques cas, cependant, un élément toxique pourra être décelé chez la femme (obésité avec cholestérol élevé, trop d'urée sanguine, oxalémie trop marquée, etc...).

— Lorsque le test II montre une attraction normale et une vitalité prolongée des spermatozoïdes qui ont pénétré dans les glaires nous avons recours au test III qui consiste à inséminer quelques gouttes de sperme dans le col et de vérifier, le lendemain par un prélèvement des glaires, si on y trouve encore des spermatozoïdes vivants et progressants.

Si on trouve des spermatozoïdes vivants et progressants le lendemain, on est bien près de trouver la cause de cette stérilité : c'est le vagin qui, par acidité trop forte, ou par tout autre cause toxique, immobilise, avant qu'ils aient atteint l'abri du col.

Il suffira de porter par insémination artificielle, directement le sperme dans le col pour éviter l'étape vaginale nocive et permettre la grossesse.

Si, au contraire, on ne trouve pas de spermatozoïdes, le problème reste entier. Une seule chose est certaine, dans la plupart de ces cas de glaires belles mais non hospitalières, il y a presque toujours absence de ponte ovulaire, vérifiée par la courbe thermique ou mieux par la laparatomie. Il est vraisemblable que les glaires deviendront hospitalières, si, par hasard, une ponte se produit.

## II. Réflexe à point de départ cervical.

Le col est le point de départ d'un réflexe cervico-hypophysaire qui entraîne la sortie de gonadostimulines dans les urines comme l'a montré BIRNBERG. Celui-ci, sur trente femmes a trouvé chez 23 d'entre-elles des gonadostimulines en quantité notable 30 heures après une dilatation du

col. Ces gonadostimulines ont une action très importante sur le déterminisme de la ponte ovarienne. C'est par ce mécanisme que s'expliquent la plupart des grossesses obtenues après dilatation du col et cela assez fréquemment.

— Le centre réflexogène peut être trop sensible. La sortie des gonadostimulines trop brutale ce qui a parfois pour résultat un gonflement ovarien rapide et intense (une observation démonstrative). Ces cas à réflexes trop intenses doivent être traités si on veut éviter une lésion progressive des ovaires. Ce sont des spasmodiques chez lesquelles les hystérogaphies montrent également des spasmes tubaires qui bénéficieront de sédatifs nervins et surtout de traitement de calcium intra-veineux. Localement l'utilisation de suppositoires à la novocaïne peut être utile.

— Le centre réflexogène peut, au contraire, être peu sensible ou insensible. On peut essayer de le renforcer pour tenter de provoquer une ponte. En dehors de la vieille méthode de dilatation du col employée avec succès depuis si longtemps et qui doivent être répétées et ambulatoires ne dépassant pas la bougie 6 et 7 Hegggar, il existe d'autres moyens que pour notre part nous avons utilisées assez souvent, en particulier l'excitation du col par faradisation.

#### EN CONCLUSION

La stérilité cervicale par sténose est rare, comme elle l'a toujours été.

La stérilité par infection tend à diminuer d'une façon très importante depuis l'ère des antibiotiques. Seule, la stérilité biologique pose encore des problèmes pour certains desquels nous n'avons pas encore de solution.

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

8 gammas

**Vitamine B<sub>12</sub>**

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS



# les hormones

**Stérandryl**

Propionate  
de testostérone

**Acéto-Stérandryl**

Acétate de testostérone

**Métandiol**

Dipropionate de  
Méthyl androstènediol

**roussel**

en  
**gynécologie**

**Gynœstryl**

Œstradiol

**Benzo-Gynœstryl**

Benzoate d'œstradiol

**Lutogyl**

Progestérone

**Gonadotrophines**

Sérique et Chorionique

**Ethinyl-Œstradiol Roussel**

Ethinyl-œstradiol

## associations hormonales

**Lutogynœstryl**

Anhydroxy-progestérone  
Ethinyl-œstradiol

**Triœstrine Roussel**

injectable

Benzoate de dihydro-folliculine

Progestérone

Propionate de testostérone

**Triœstrine Roussel**

perlinguale

Ethinyl-œstradiol

Anhydroxy-progestérone

Méthyl-testostérone

## LES LABORATOIRES ROUSSEL

97, Rue de Vaugirard

140bis, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)

**ALGER**: Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.

**TUNIS**: O.S.P., 10, rue Amilcar.

**CASABLANCA**: Si<sup>e</sup> Maroc des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.

**SAIGON**: Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.

**AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE**: Adresser les demandes aux  
Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)



## LES FAUSSES AZOOSPERMIES

par le Dr Jean SÉGUY (Paris)

—o—

Nous avons décrit en mai 1946 un syndrome cause de stérilité, inconnu jusque là.

Ce syndrome est caractérisé par trois éléments :

1° Le liquide éjaculé au cours de rapports sexuels normaux, est en quantité infime. Il n'a aucune caractéristique ni biologique, ni chimique du sperme normal et surtout l'examen microscopique n'y décèle aucun spermatozoïde.

2° Le liquide éjaculé pendant le sommeil au cours de pollutions nocturnes et recueilli dans un préservatif, est du sperme absolument normal, qui contient de très nombreux spermatozoïdes vivants.

3° Les pollutions nocturnes attirent l'attention du malade par leur fréquence et, fait inhabituel, elles sont souvent consécutives à un rapport sexuel.

Voici d'ailleurs les deux observations princeps qui on attiré notre attention sur ce syndrome :

*Observation I.* — Un couple habitant la province, vient me consulter pour une stérilité datant de 7 ans.

La recherche des spermatozoïdes dans les glaires de fécondation claires et filantes au 13<sup>e</sup> jour ayant été négatives vingt heures après le coït, je demande un examen de sperme du mari, le laboratoire me répond : azoospermie.

L'interrogatoire du mari ne faisant état d'aucun antécédent pouvant expliquer cette azoospermie, et d'autre part, l'examen du mari ne présentant aucune anomalie (organes génitaux bien développés, testicules de consistance et de volume normaux), je demande un autre examen du sperme dans un autre laboratoire, après huit jours d'abstinence sexuelle. La réponse fut identique à la première : azoospermie.

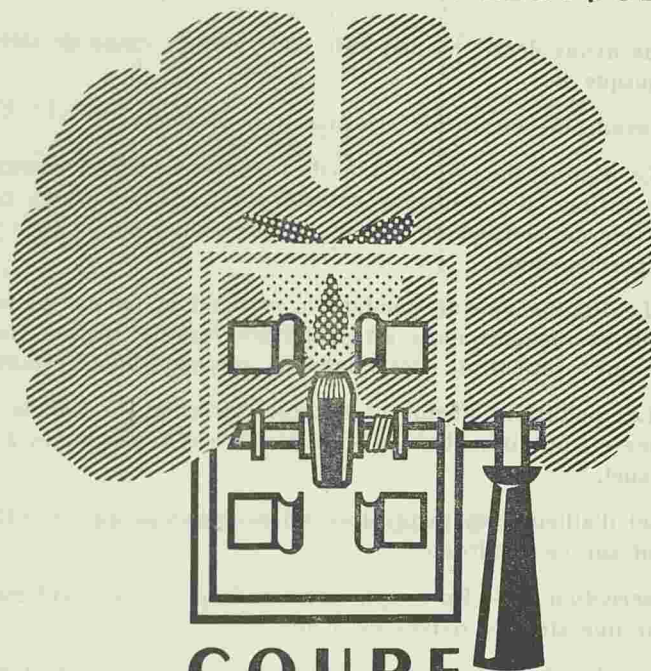
J'ai donc été conduit à poser le diagnostic d'azoospermie essentielle, de conseiller à ce couple l'adoption d'un enfant, ou une insémination artificielle par donneur, renonçant délibérément aux traitements hormonaux, qui dans ces cas d'azoospermie totale, ne donnent jamais aucun résultat valable.

C'est à la solution d'insémination par donneur, que se rangea ce couple et nous discutons de la date à laquelle cette petite opération

NOUVEAU DÉRIVÉ DE SYNTHÈSE

# N-OBLIVON

PSYCHO · SOMATO · PLÉGIQUE



## COUPE

L'EFFET DU STRESS ÉMOTIONNEL AU NIVEAU DE L'HYPOTHALAMUS

SYNDROMES SOMATIQUES DE L'ANXIÉTÉ

ANGOISSE  
APPRÉHENSION  
HYPERÉMOTIVITÉ

2 à 5 dragées par jour, en doses fractionnées

Tube de 30 dragées dosées à 0,10 g  
de Carbamate de méthyl-3 pentyne-1 ol-3

TOLÉRANCE PARFAITE · PAS DE SOMNOLENCE · PAS D'ACCOUTUMANCE

### LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE · PARIS (8<sup>e</sup>)

REPRÉSENTANTS AUX COLONIES ·

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, rue Ampère,  
ALGER

MAROC : P. PELISSARD, 16, rue Dumont-  
d'Urville, CASABLANCA

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française,  
8, passage du 7-Mai, TUNIS

INDOCHINE : Comptoir Pharmaceutique d'Ex-  
trême-Orient, 34, bd Charner, SAIGON

MADAGASCAR : Office Pharmaceutique Malgache, Behoririka, TANANARIVE

serait faite, lorsqu'au cours de la conversation le mari me signala, qu'il avait des pollutions nocturnes extrêmement fréquentes et abondantes, malgré des rapports fréquents et réguliers. C'est ce fait paradoxal qui refint mon attention et me donna l'idée de faire examiner le liquide séminal émis la nuit au cours du sommeil et recueilli dans un préservatif. A ma grande surprise, le sperme fut reconnu comme normal et contenant un très grand nombre de spermatozoïdes.

*Observation II.* — Je reçois un malade de LANE ROBERTS, soigné pour azoospermie et qui a reçu en particulier un traitement important d'hormone gonadotrope. Lui aussi a des organes génitaux externes absolument normaux et rien dans ses antécédents ne peut expliquer cette azoospermie.

Alerté par le premier cas, je l'interroge avec beaucoup de soin et j'apprends qu'il a des pollutions nocturnes fréquentes, que ses rapports n'en finissent pas et que si exceptionnellement il arrive à un léger orgasme, il s'écoule une très petite quantité de liquide filant. Je fais faire un examen de pollution nocturne; il y a plus de 200 spermatozoïdes par champ. Supposez qu'une fois il ait éjaculé normalement, on aurait crié au miracle thérapeutique, par les hormones gonadotropes !

Pour comprendre ces faits, nous sommes obligés de faire un rappel de physiologie sexuelle :

Au cours de l'érection, le sperme sous l'action des contractions des muscles lisses, de canaux déférents et des vésicules séminales, est emmagasiné dans un étroit espace au niveau de l'urèthre postérieur. Cet espace est limité :

— en haut par la saillie du veru montanum qui, siégeant sur la face postérieure arrive en turgescence au contact de la paroi extérieure de l'urèthre et s'oppose, ainsi, au reflux du sperme en tension dans la vessie (on sait que pendant l'érection, la miction est impossible).

— en bas, par la contraction du sphincter strié de l'urèthre qui sépare la portion prostatique de la portion membraneuse de l'urèthre.

Au cours de l'érection, cette tension du sperme enfermé augmente progressivement, il se produit un véritable équilibre entre d'une part, le veru montanum et d'autre part le sphincter strié, appuyé par la contraction des muscles bulbo-caverneux jusqu'au moment où se produit l'orgasme.

Plusieurs éventualités sont envisagées :

1<sup>o</sup> Au cours de l'orgasme le sphincter strié lâche spasmodiquement en même temps que se contracte le bulbo-caverneux et c'est l'éjaculation saccadée normale.



le ferment vivant

**VIVACIDOL**

**RÉGÉNÈRE** la flore de défense  
et  
**NORMALISE** le milieu intestinal

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvaes par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros — TUNIS — Tél, 282.090

2° Si le sphincter lâche trop vite, c'est l'éjaculation hâtive avec tous ses inconvénients, en particulier avant la pénétration de l'organe mâle dans les organes génitaux féminins. Parfois la tonicité du sphincter est très faible et on connaît des cas où l'éjaculation se produit sous la simple influence du passage du bol fécal.

3° Si le sphincter ne lâche pas, le sperme reste en tension, tension qui va d'ailleurs diminuer quand cessera l'érection. Mais cette tension permanente va aboutir à une pollution nocturne.

4° Si le sphincter reste absolument tonique, si le veru montanum ne s'oppose pas de façon absolue au reflux du sperme dans la vessie, il se produit une éjaculation vésicale. Les spermatozoïdes sont évacués avec de l'urine et on a publié récemment une observation intéressante dans laquelle les spermatozoïdes ont été séparés des urines et inséminés dans les voies génitales de la femme, il en est résulté une grossesse normale et l'accouchement d'un enfant vivant.

Ce qui semble évident, c'est que la contraction tonique du sphincter doit lâcher sur un ordre cérébral. C'est le cerveau qui maintient la tonicité du sphincter, ceci se voit chez les gens normaux qui peuvent, volontairement pendant un certain temps, retarder l'éjaculation. Mais cette possibilité volontaire est de courte durée et, au bout d'un temps plus ou moins long, l'éjaculation se produit.

Or, chez certains hommes, on peut voir anormalement le frein cérébral continuer à jouer et s'opposer au relâchement du sphincter. Ainsi, l'éjaculation ne se produit pas et il faut l'état de sommeil pour que le frein cérébral soit supprimé.

Il semble donc que la suppression de l'éjaculation puisse tenir à deux causes :

— soit une cause locale, par exemple l'insensibilité du veru montanum (PAYLÉ en, a rapporté un cas très intéressant). Cette insensibilité a pour conséquence de ne pas solliciter suffisamment le réflexe cérébral inhibiteur pour le faire cesser au moment de l'orgasme;

— soit une cause psychique qui empêche ce réflexe, même normalement sollicité, de se produire.

Il y a donc un syndrome très précis caractérisé par l'impossibilité d'éjaculation à l'état de veille, au cours des rapports sexuels normaux et même au cours de toute manœuvre de masturbation.

Cette inhibition peut être seulement temporaire, l'inhibition cessant spontanément : ainsi s'expliquent certainement certains succès spectaculaires dans la thérapeutique hormonale des azoospermies.

Cette inhibition peut être, au contraire, permanente et définitive. C'est celle que nous avons en vue dans cet article et qui réalise une fausse azoospermie.

Nouveau

# AMŒBAL

MERCAPTO-ARSENICAL

(ARSENIC ORGANIQUE TRIVALENT EN LIAISON CHIMIQUE AVEC SON ANTIDOTE LE B.A.L.)

*ce  
nouvel anti-amibien  
de toxicité infime*

RÉNOVE  
LA THÉRAPEUTIQUE DES FORMES  
SUBAIGUËS et CHRONIQUES

*Efficacité maximum  
en un temps minimum*

5



COMPRIMÉS  
PAR JOUR

PENDANT

5

JOURS

chaque comprimé  
contient 100 millig.  
d'AMŒBAL

TORAUDE

AMŒBAL

- ▶ s'administre à PETITES DOSES  
10 millig./K. par jour - MAXIMUM 500 millig. par 24 h.  
en une seule prise, le matin avant le petit déjeuner
- ▶ négative les selles en CINQ JOURS
- ▶ ne provoque pas de réactions secondaires
- ▶ présente un large éventail d'activités  
AMIBIASES SUBAIGUËS ou CHRONIQUES  
LAMBLIASES — BALANTIDIASES  
TRICHOMONASES INTESTINALES — PIAN



Ce syndrome se rencontre chez les sujets chez lesquels on retrouve un certain nombre d'éléments constants :

— ce sont ces sujets qui se sont mariés vierges, sans aucune expérience sexuelle préalable;

— ce sont des sujets qui ont vécu dans un milieu familial sévère avec une éducation stricte;

— ce sont des sujets qui ont fait leurs études dans des institutions religieuses variées, dans lesquelles les questions sexuelles étaient ou ignorées ou méprisées.

Inconsciemment, la femme était considérée par eux comme un objet inconnu et redoutable.

Certains considèrent la femme comme un objet de contamination si ce n'est de mutilation.

Certains, au contraire, assimilant la fonction sexuelle à une fonction organique d'expression (telle la miction), ont peur de souiller leur partenaire.

Tous ces phantasmes inconscients ont pour conséquence de bloquer par inhibition des réflexes naturels. CÉNAC a rapporté le cas de blocages de la miction chez un grand émotif, ayant nécessité à plusieurs reprises des sondages vésicaux.

Il y a donc des cas où on assiste à une dissociation complète du réflexe sexuel, érection-éjaculation normalement liés : l'érection reste normale, prolongée et l'éjaculation ne se produit pas. Il existe, de même, d'autres exemples de dissociation des réflexes, avec érection insuffisante ou absente et persistance d'éjaculation normale en particulier par masturbation.

La fréquence de cette cause de stérilité par absence d'éjaculation n'est pas très grande, cependant, je vois, chaque année, 7 ou 8 cas de stérilité de cet ordre.

Au total, nous avons recueilli près de 100 cas, ce qui nous donne un pourcentage de 1 sur 125 cas de stérilité observés par nous. Il est d'ailleurs vraisemblable qu'un nombre assez important de cas similaires restent ignorés ou méconnus parce que non diagnostiqués.

Nous avons dit que les rapports sexuels étaient normaux dans ces cas, avec érections normales et souvent intenses et prolongées. Le rapport sexuel a une durée exceptionnellement longue et si la satisfaction de la femme est, en général, obtenue normalement, il n'en est pas de même de l'homme qui finit par mettre un terme à l'acte sexuel, par lassitude et sans en tirer aucune satisfaction.



COMPRIMÉS DE  
**DELTA**  
**CORTISONE**

à cinq milligrammes

*FLACON DE 30 COMPRIMÉS*

Remboursé par la Sécurité Sociale  
Admis à l'usage des Collectivités,  
(Hôpitaux, A.M.G. et Article 115)

LABORATOIRES  
**DELAGRANGE**

39, Bd de Latour-Maubourg, PARIS-7<sup>e</sup>



Parfois, cependant, un ébauche d'orgasme se produit à la longue, il est peu intense et ne donne issue qu'à une petite quantité de liquide clair et filtrant, indiscutablement d'origine prostatique et qui ne ressemble en rien, ni par sa quantité, ni par sa consistance, à une éjaculation normale de sperme.

### T R A I T E M E N T S

Le traitement de ces cas est complexe et nécessite, en pratique l'association d'un psychiatre, d'un urologue et d'un gynécologue.

#### 1. TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE.

J'ai confié les malades de cet ordre à mon ami le Docteur CÉNAC, médecin psychiatre des Asiles, qui, après avoir traité un nombre assez important de malades, est arrivé aux conclusions suivantes :

— Il a constaté que toutes les médications sthéniques, tant au point de vue nerveux, qu'au point de vue endocrinien (strychnine, arsenic, stérandryl), ont eu pour résultat d'aggraver le trouble en renforçant l'inhibition. Il a été ainsi amené à préconiser à ses malades des exercices physiques violents, des marches prolongées, pour atteindre un état de fatigue physique à la faveur duquel le trouble d'inhibition a cédé dans certains cas.

Le traitement psychanalytique a été également mis en œuvre chez ces malades. CÉNAC a essayé de montrer à ces hommes inhibés, souvent par des disciplines de jeunesse trop strictes, qu'ils vont à l'encontre du but de l'acte sexuel, en prolongeant cet acte, grâce à leur inhibition et en se livrant ainsi à une véritable fornication indigne d'eux.

Ses efforts ont surtout pour but de revaloriser l'éjaculation en montrant sa valeur exceptionnelle de créatrice de vie. C'est en élevant la conception de l'acte sexuel comme élément de conservation de l'espèce qu'on arrive à lutter peu à peu contre la répugnance de ces hommes et qu'on arrive à lever leur inhibition.

Ce traitement psychiatrique est long, difficile, complexe. Même fait avec le maximum d'efficacité et de tact, il n'arrive à lever l'inhibition et à guérir le malade que dans un tiers des cas environ.

#### 2. TRAITEMENT UROLOGIQUE.

J'ai presque toujours demandé l'avis, dans ces cas, à mon ami BAYLE qui s'intéresse beaucoup à ces questions sexuelles.

Chez tous ces hommes, BAYLE n'a rien relevé d'anormal, aucune lésion organique n'a pu être décelée.

Cependant, il a eu l'idée que peut-être les conditions de l'orgasme normal n'étaient pas réalisées chez ces individus, en particulier par le manque de sensibilité de l'urètre postérieur et des organes adjacents.

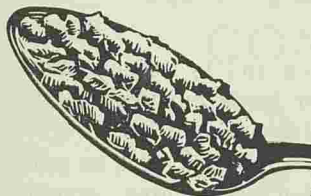
Il est à noter que quelques-uns de ces sujets présentaient un faible développement des organes génitaux, sans infantilisme, cependant, et dû vraisemblablement à la chasteté excessive de ces malades.



**NOUVEAU!**

**L'association  
VERRULYSE-METHIONINE**

★  
véritable aliment magnésien  
facilite l'anabolisme  
cellulaire et fait disparaître les  
verrues, symptôme banal de  
**DEMINERALISATION**



**GRANULÉS**  
parfumés  
à la framboise

★  
**POSOLOGIE**  
une à deux cuillerées  
à café par jour

ÉCHANTILLONS ET  
LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Remboursé par la  
Sécurité Sociale



**Verrulyse**  
**méthionine**

Ed. PUBLIREX

LABORATOIRES FLUXINE - Villefranche (Rhône) - FRANCE  
TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai, TUNIS

BAYLE a pensé, en particulier, que le veru montanum est un centre de réflexes qui joue un rôle capital au moment de l'éjaculation. Il a pensé qu'une fulguration légère du veru, faite sous anesthésie épidurale, avec toute la prudence qu'elle comporte, par suite du voisinage des canaux éjaculateurs qui pourraient être lésés, pourrait, dans certains cas, donner d'heureux résultats. La fulguration a été unique et n'a jamais été renouvelée chez le même malade. Indiscutablement, quelques améliorations spectaculaires ont été obtenues par cette méthode.

### 3. TRAITEMENT GYNÉCOLOGIQUE.

En gros, on peut dire qu'un cas sur deux de fausse azoospermie guérit par l'association du psychiatre et de l'urologue. Mais dans 50 % des cas, ce traitement reste sans résultat et la parole reste en définitive au gynécologue.

Devant ce ménage désolé de sa stérilité, que peut-il faire ?

Il est impossible d'avoir du sperme à l'état de veille, puisque même la masturbation ne donne issue à aucune goutte de sperme, tant l'inhibition est totale.

Une seule source de sperme utilisable, celui qui est éjaculé la nuit, parfaitement normal, au cours de pollutions nocturnes. Il n'y a qu'une seule personne qui peut utiliser ce sperme, c'est le mari lui-même. Il faut lui apprendre à inséminer lui-même sa femme. Cela n'est pas si difficile si on a affaire à un sujet intelligent et si on lui apprend :

1° que sa femme est fécondable seulement pendant quelques jours chaque mois et que c'est pendant ces seuls jours qu'il faut tenter l'insémination si une pollution nocturne se produit;

2° il faut que le mari s'habitue pendant la période de fécondité de sa femme à dormir avec un préservatif pour ne pas perdre une précieuse éjaculation de sperme;

3° à ce qu'il dispose d'un speculum de Cusco qu'on lui aura appris à introduire, d'une seringue à insémination avec canule en argent et d'une boîte de Petri pour vider son préservatif;

4° il faut lui apprendre à ne pas perdre son temps dans ces différentes manœuvres.

Tout cela qui paraît quelque peu compliqué n'est pas si difficile à réaliser en pratique et j'ai actuellement dans ma clientèle 18 femmes qui sont ainsi devenues enceintes. L'une d'elles a eu trois enfants de la sorte et trois autres ont eu deux enfants.

Si ce moyen à la disposition du gynécologue est un peu complexe et demande beaucoup de bonne volonté au gynécologue pour éduquer le mari, le succès viendra récompenser ses efforts, si la femme est normale et fécondable.

Si vous réfléchissez bien, vous reconnaîtrez que c'est la seule façon, peut-être pas très élégante, mais souvent très efficace, de donner à un ménage l'enfant auquel il a droit et que, sans cela, il n'aura jamais, car chez certains sujets l'inhibition du réflexe est définitive.





**CALCIUM CORBIÈRE BUYABLE**  
**VITAMINÉ - C. D. P P**

REMBOURSÉ S. S.

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS



## LA TUBERCULOSE UTÉRINE

(à propos de 48 observations)

par les D<sup>rs</sup> J. G. VALENSI, T. BENZINA-BENCHEIK et R. BRAMI

—o—

Au cours de deux précédentes communications, nous avons rapporté deux séries importantes de *tuberculoses puerpérales* et *tuberculoses annexielles*.

Nous rapportons, cette fois-ci, une série de 48 cas de *tuberculoses utérines* et à cette occasion nous essaierons de brosser devant vous le troisième volet de ce tryptique que constitue la *tuberculose génitale*. (1)

Nous espérons vous montrer par l'analyse de ces observations l'intérêt théorique et pratique, pour le spécialiste comme pour le praticien, de la question de la tuberculose utérine et plus particulièrement celle de la *tuberculose de l'endomètre*.

## HISTORIQUE

La connaissance de la tuberculose utérine n'est pas récente puisqu'au siècle dernier elle fut le sujet de travaux nombreux parmi lesquels ceux de l'École Française ont fait autorité : de LOUIS en 1825 et CRUVEILLHIER, jusqu'à BROUARDEL qui l'a, en 1865, remarquablement étudiée dans sa thèse sur la « tuberculose des organes génitaux de la femme ».

La T. U. ne semble pas avoir été si rare qu'on pourrait l'imaginer aujourd'hui.

En 1902, MARTIN lui attribuait 2 % de toutes les lésions génitales de la femme et ADAM la retrouvait chez 20 % des tuberculeuses.

Il faut signaler à ce propos que la T. U. n'était alors presque uniquement détectée que chez les tuberculeuses : soit à l'autopsie, soit à l'examen des pièces opératoires, soit par l'examen de débris de muqueuse obtenus par curetage ou raclage, méthode qui était en somme l'ancêtre de notre biopsie d'endomètre.

Pendant les décades, l'histoire de la T. U. ne s'enrichit d'aucune découverte et ce n'est qu'en ce dernier quart de siècle que des progrès réels furent accomplis dans sa connaissance.

Ces progrès ne concernent pas la T. du col à laquelle on n'a pas ajouté grand chose après les descriptions anatomo-cliniques de CORNIL et BROUARDEL.

---

(1) Exposé fait à la réunion commune de la Société Médicale de Tunisie et la Société d'Obstétrique et de Gynécologie en décembre 1955.

30, Rue Singer - PARIS (XVI<sup>e</sup>)

40 ans de résultats cliniques



Pour éviter les troubles sur ceux  
Antibiotiques par voie buccale  
Donner en même temps le Lactéol  
(Total Lactéol: 5 capsules ou 3 ampoules 3 fois par jour)

Par contre, à la faveur des études modernes sur la stérilité féminine, la tuberculose de l'endomètre a fait l'objet de nombreux travaux qui ont modifié nos idées concernant sa fréquence son étiologie et ses manifestations cliniques.

Signalons très sommairement, à côté des rapports de MOULONGUET au congrès de 1933 et de NETTER au congrès de gynécologie de Montpellier en 1948, les travaux de SCHOKAERT, FERIN, SUTHERLAND, SHERMAN à l'étranger, de NETTER, GHILHEM, BÉDRINE en France.

Mieux connue, la tuberculose de l'endomètre apparaît maintenant comme une forme très particulière de la localisation du B. K., dont les caractères et les limites sont aussi définissables que peuvent l'être la coxalgie ou la tuberculose rénale par exemple.

Ainsi en tenterons-nous la description clinique, étayée autant qu'il sera possible, sur les observations recueillies tant à notre consultation de l'hôpital Ch. Nicolle qu'à notre consultation privée. J'espère que cette question qui passionne les gynécologues, intéresse les accoucheurs, saura aussi retenir l'attention des médecins.

## FREQUENCE

1. *Fréquence générale* : l'étude statique de la fréquence des maladies est traditionnelle, encore qu'elle ajoute peu à leur connaissance. Disons cependant à ceux que les chiffres intéressent que de l'ensemble des grandes statistiques publiées il résulte que la tuberculose du col est très rare : 2 à 3 % des tuberculoses génitales et que la tuberculose de l'endomètre, beaucoup plus fréquente, est décelée en moyenne, selon les auteurs, dans 0,7 à 1,5 % de toutes les biopsies d'endomètre pratiquées.

En ce qui nous concerne nous avons pu en moins de 2 ans observer 48 tuberculoses utérines dont 46 de l'endomètre sur 450 biopsies de l'endomètre, soit plus de 10 %. Cela souligne assez la fréquence actuelle de cette affection en Tunisie. Encore sommes-nous loin de la réalité car il nous a sûrement échappé un grand nombre de cas pour des raisons que nous expliquerons plus loin.

2. *Selon l'âge* : la tuberculose utérine se voit surtout chez les femmes jeunes et nous l'avons décelée :

- à moins de 20 ans : 4 fois;
- entre 20 et 30 ans : 32 fois;
- au-dessus de 30 ans : 11 fois.

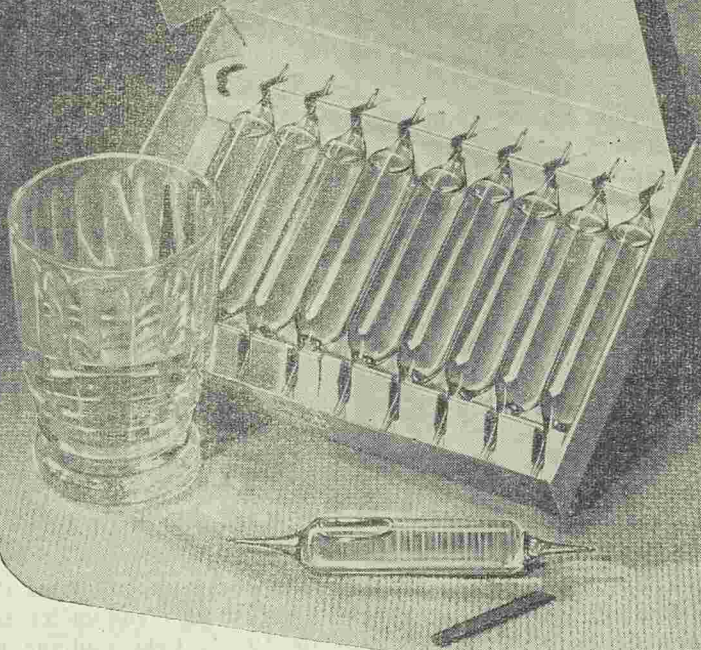
Ce qui ne veut pas forcément dire qu'elle soit rare aux âges extrêmes. Cette fréquence entre 20 et 30 ans tient à ce que la tuberculose utérine est généralement décelée à propos de troubles de règles ou de stérilité dont ne s'inquiètent guère les femmes ménauposées, et qu'elle ne peut être affirmée que par la biopsie de l'endomètre, ce qui nous empêche de la découvrir chez les jeunes filles.



®

# NÉVROSTHÉNINE -GLYCOCOLLE

FREYSSINGE



ASSOCIATION  
DE GLYCÉROPHOSPHATES ET DE GLYCOCOLLE  
**TONIQUE NERVIN-MUSCULAIRE RATIONNEL**

AUCUNE CONTRE-INDICATION

REMBOURSÉ SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS (12<sup>e</sup>)



3. *Selon les catégories ethniques* : Il est remarquable que la tuberculose utérine touche chez nous plus spécialement les Musulmanes comme l'indiquent les chiffres suivants :

Juives : 6    13 %;  
 Européennes : 4    8,5 %;  
 Musulmanes 38    78,5 %.

Cette différence ne fait que confirmer ce que les phthisiologues de ce pays ont très généralement mis en évidence.

### SYMPTOMES

Nous insistons surtout sur les signes de la tuberculose de l'endomètre (T. E.) car son historique clinique est plus intéressante que celle de la tuberculose du col (T. C.) dont nous décrirons seulement au passage les aspects physiques essentiels.

Deux notions dominent la symptomatologie de la T. E. :

— d'une part la T. E. est très souvent latente. Elle fut dans plus des 2/3 de nos cas, découverte à l'occasion d'un examen histologique de la muqueuse pratiqué pour stérilité.

— d'autre part, malgré sa latence très fréquente, le diagnostic en est possible et il est d'autant plus aisé qu'on a l'esprit orienté vers cette lésion au cours de certains syndromes génitaux. 17 fois sur 46 nous avons pu soupçonner une T. E. que la biopsie a confirmée par la suite.

*Comment peut-on donc être conduit au diagnostic de T. E. ?*

Nous disposons de trois fils conducteurs :

- *Les signes fonctionnels;*
- *Les antécédents;*
- *Les signes physiques.*

### SIGNES FONCTIONNELS

Ils sont de deux ordres : *la stérilité et les troubles de la menstruation.*

I. *La stérilité* : Sur 48 de nos malades 38 étaient absolument stériles. Les dix autres le sont devenues après une ou plusieurs grossesses. Mais il est surtout à noter que 30 d'entre elles sont venues consulter uniquement pour stérilité (primaire ou secondaire).

L'importance de la tuberculose parmi les causes de stérilité ne fait que croître à mesure que l'on sait mieux la reconnaître. Certains, comme STALEWORTHY (congrès anglais de gynécologie de 1952) pensent qu'on trouve à l'origine de la stérilité féminine de 34 à 57 % de tuberculose génitale. La T. E. est sans doute une des formes les plus souvent incriminées.

C'est en y pensant systématiquement en présence de toute stérilité féminine qu'on aura la surprise d'en découvrir un nombre insoupçonnable.

On y pensera d'autant plus qu'on décèlera chez ces femmes des troubles menstruels plus ou moins caractéristiques et, bien entendu, des antécédents de tuberculose.

II. *Les troubles menstruels* : peuvent donc être détectés à l'interrogatoire. Ils peuvent aussi à eux seuls inciter les malades à consulter, ce qui s'est produit chez 18 de nos malades. Ils sont très variés allant de l'Aménorrhée primaire définitive aux meno-métrorragies.

A) L'Aménorrhée est de loin le trouble le plus fréquent; nous l'avons observée 20 fois sur 46.

Il s'agissait 3 fois d'Aménorrhée primaire, et 17 fois d'Aménorrhée secondaire.

On pensera à la tuberculose en présence d'une aménorrhée dans deux circonstances :

1° Ou bien il s'agit d'une aménorrhée du type « utérine » : l'absence des règles n'est pas due alors à une carence hormonale, car les malades se plaignent de ressentir tous les mois les manifestations du molimen cataménial. Voici par exemple :

*Obs. 31* : B.S. Nasria, 22 ans - vient consulter pour aménorrhée primaire. Mariée à 13 ans. Pas d'antécédents tuberculeux. N'a jamais été réglée, mais ressent tous les mois des douleurs dans le bas-ventre s'accompagnant de tensions des seins.

*Examen* : Aucune anomalie génitale. Caractères sexuels secondaires normaux. Biopsie de l'endomètre : Tuberculose de l'endomètre.

Il faut remarquer d'ailleurs que les Biopsies utérines montrent dans bien des cas que la muqueuse est sensible à l'action hormonale : nous avons, en effet, constaté en dehors des lésions spécifiques, toute la gamme des images habituelles de l'endomètre en activité (folliculinique, folliculinolutéique). Il ne s'agit donc pas à proprement parler de ce que MORICARD a appelé des *métroses de réceptivité*. L'absence d'écoulement menstruel serait alors plutôt dû à des troubles vasculaires du chorion.

2° Il faut remarquer en outre que l'aménorrhée du type « utérine » n'est pas la seule observée. Dans certains cas il existe en plus de la lésion tuberculeuse de la muqueuse, une carence hormonale certaine liée à une ovarite tuberculeuse concomitante.

Dans ces cas on pensera d'autant plus à la tuberculose que l'aménorrhée est rebelle à toute thérapeutique ou qu'elle s'accompagne de lésions « annexielles » plus ou moins importantes.





...comme

**V**itamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

homologué et remboursé par la S.S.

*Obs. 5* : Marie, 18 ans - Soignée sans résultat depuis 3 ans pour *aménorrhée primaire* par tous les traitements hormonaux habituels. Pas d'antécédents tuberculeux. Caractères sexuels normaux. Pas d'anomalie génitale cliniquement perceptible.

La biopsie a révélé l'existence d'une tuberculose de l'endomètre.

3° Enfin il faut penser à la T.E. même s'il s'agit d'une *aménorrhée ancienne mais guérie*. On la retrouve à l'interrogatoire, survenue dans les premières années post-pubérales. Les règles ont réapparu par la suite. Méfiez-vous cependant : l'arrêt des règles était peut-être dû à un épisode de tuberculose péritonéo-pelvienne fruste, actuellement guéri en apparence. Poussez plus loin vos investigations et vous aurez la surprise de découvrir un foyer de T.E. latente.

B) *L'Hypoméorrhée* s'observe parfois, mais plus rarement (6 cas) et plus rarement encore les malades se plaignent de :

C) *Ménorragies ou Méno-Métrorragie* : (3 cas).

En voici une observation très caractéristique :

*Obs. 4* : B.S. Charfia, 35 ans - 1 enfant, il y a 7 ans. Autrefois bien réglée. Depuis deux ans le cycle s'est allongé (2 à 3 mois), et les règles sont abondantes et prolongées (15 jours).

L'examen hystérogaphique a révélé des lésions qui nous ont fait penser à la tuberculose (voir plus loin). La biopsie a confirmé le diagnostic. Le traitement antibiotique a guéri rapidement les ménorragies (sans traitement hormonal).

D) *Enfin les règles peuvent être normales* : La T.E. est alors fonctionnellement « silencieuse » (9 cas). Des règles normales ne doivent donc pas a priori exclure ce diagnostic.

## LES ANTECEDENTS

permettent alors dans certains cas de soupçonner l'existence de la tuberculose utérine.

Il faut interroger très patiemment les femmes stériles ou celles qui présentent une aménorrhée du type précédemment décrit :

1° Quand on trouve des *antécédents de tuberculose*, le diagnostic est très probable. Nous les avons trouvés dans 10 cas sur 48. 8 atteintes des séreuses (ascite, pleurésie ou les deux associées); 2 atteintes pulmonaires.

A propos des tuberculoses pulmonaires en évolution on s'est demandé si la T.E. pouvait co-exister avec la lésion pulmonaire.

En 1946 GREENVILLE MARTHERS les retrouve dans 5 % des cas. Plus récemment, GUILHEM, dans la thèse de son élève MONTROZIER (Toulouse 1951) remarque que chez 52 tuberculeuses examinées, toutes les biopsies pratiquées étaient négatives. Cela tient sans doute à ce qu'il s'agissait de malades activement traitées par les antibiotiques

Cela permet de penser en tous cas, que les troubles menstruels, si souvent observés chez les tuberculeuses pulmonaires, peuvent être dûs à d'autres causes qu'à la T.E.

Par contre, nous pensons qu'il faut soupçonner une localisation utérine chez les tuberculeuses dont les lésions pulmonaires sont guéries et qui conservent cependant une vitesse de sédimentation augmentée. Aucun foyer nouveau n'est cliniquement décelé. Pensez à la T.E. et vous aurez parfois la surprise de la découvrir.

En fait, chez un grand nombre de nos malades, venues consulter pour stérilité et ne présentant aucun autre trouble fonctionnel, nous avons trouvé des sédimentations de plus de 50 mm. à la 1<sup>re</sup> heure, ce qui nous a permis de détecter une T.E. absolument latente.

2° Très souvent il est vrai, les conclusions de l'interrogatoire sont décevantes. Chez 38 de nos malades nous n'avons retrouvé aucune manifestation nette de tuberculose dans les antécédents.

Le foyer utérin révélé par la seule biopsie était-il donc primitif ?

On l'a prétendu pour certains cas rarissimes de tuberculose du col et plus rarement encore pour la T.E. La contamination se fait par le mari porteur de lésions génito-urinaires.

Dans la majorité des cas cependant tous les auteurs admettent que la *tuberculose utérine* et plus spécialement la T.E. est secondaire. La lésion utérine, bien que cliniquement isolée et apparemment primitive est, en réalité selon le schéma évolutif général de la tuberculose proposé par RANTKE, l'expression d'une *réinfection endogène* par voie sanguine ou peut-être lymphatique.

Chez certains de nos malades où l'on n'a pas retrouvé de passé tuberculeux, on peut affirmer que la T.E. était secondaire parce que les signes fonctionnels préexistaient au mariage ce qui élimine toute possibilité de primo-infection utérine par le mari.

— On peut alors se demander pourquoi la tuberculose vient se « nicher » si souvent dans l'endomètre et reste-t-elle cliniquement inapparente ?

Il semble que l'on puisse invoquer pour expliquer ces faits :

- d'une part l'intensité des phénomènes biologiques qui se produisent dans l'utérus de la femme en pleine activité génitale;
- d'autre part la chute cyclique de la muqueuse utérine et sa continuelle reconstitution aux dépens de la couche basale.

Ainsi il se produit dans l'utérus à la fois une zone d'appel favorisant le développement du foyer tuberculeux et une élimination mensuelle de ce foyer expliquant sa latence.

Celui-ci renaît tous les mois avec la muqueuse, mais n'a pas toujours le temps de développer des lésions très importantes. Aussi, sauf peut-être en cas d'aménorrhée prolongée l'endométrite tuberculeuse est-elle pauci-bacillaire et cliniquement silencieuse.



## Lactacyd

Emulsion pénétrante iso-acide de l'épiderme  
**pH 5,2**

## Lactacyd-2

Traitement d'attaque des dermatoses par émulsion pénétrante  
**pH 2**

## Lactacyd liquide

Détergent dermatologique acidifiant  
**pH 3,5**

## Lactacyd pain

Substitut thérapeutique du savon  
**pH 5,2**

PARVILLE

à base d'Acide Lactique, l'acide physiologique de la peau

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DES LABORATOIRES

Lamir

13, RUE PECLET - PARIS 15<sup>e</sup>

## SIGNES PHYSIQUES

Ils sont de deux ordres :

A) *Signes physiques observés directement à l'examen clinique de la malade.*

Ce sont des signes de présomption.

B) *Signes physiques recueillis par les examens para-cliniques :*

Ce sont des signes de probabilité fournis par la *Radiographie* des organes génitaux ou des signes de certitude fournis par la biopsie de l'endomètre.

## A) LES SIGNES CLINIQUES

1° L'EXAMEN DU COL au spéculum peut révéler une *tuberculose du col* ou des signes d'*endométrite*. L'un et l'autre sont rares.

La *tuberculose du col* est très polymorphe (4 cas dont 2 associés à la tuberculose de l'endomètre). C'est une banale exocervicite ou une cervicite saignante et purulente faisant penser au cancer. C'est parfois un bourgeon plus ou moins saignant d'un aspect lui aussi cancéromorphe. Rien, à l'examen du col, ne fait penser à la tuberculose. L'interrogatoire peut parfois attirer l'attention, mais le plus souvent le diagnostic est une surprise de la biopsie.

C'est dire que bien des tuberculoses du col passent inaperçues, car d'une part, on ne pratique pas toujours une biopsie en cas d'exocervicite « banale », d'autre part, la lésion tuberculeuse du col guérit très bien avec l'électro-coagulation et tout rentre dans l'ordre si on n'a pas poussé plus loin les investigations.

Le diagnostic clinique de la T.C. est-il donc toujours impossible. Nous ne le croyons pas. Dans 3 cas nous l'avons fortement soupçonné sinon affirmé et la biopsie est venue confirmer notre impression.

*Obs. 47 : Zhora - Stérilité primaire-aménorrhée secondaire de 10 ans.*

A l'examen du col : petite ulcération à l'emporte pièce, ne saignant pas, ne ressemblant ni à une exocervicite « banale », ni à un cancer. La biopsie au milieu de l'ulcération montre des lésions tuberculeuses.

*Obs. 36 : Manoubia, 28 ans - Consulte pour stérilité secondaire.*

Une grossesse, il y a 10 ans, à la suite de laquelle elle a présenté une affection pulmonaire de nature indéterminée. Règles presque normales. Légère exocervicite à fond jaunâtre et glaire purulente. La biopsie permet de déceler une tuberculose de l'exo-col, de l'endo-col, et de l'endomètre.

*Obs. 38 : Adjima, 21 ans - Stérilité primaire de 10 ans.*

L'examen révèle un bourgeon du col épais saignant au contact,

MÉDICATION DE DRAINAGE DU FOIE ET DES REINS

# HÉPATOSODINE

comprimés - granulé

Hépatisme, Congestion, Ictères  
Cholécystites Chroniques

FOIE DES COLONIAUX

DES PALUDÉENS ET DES AMIBIENS

Médication Alcaline Polyvalente

Laboratoires **S. I. T. S. A.** - 15, rue des Champs - ASNIÈRES

AGENTS

Société PELASMEX, 8, Rue Ampère - ALGER

PELISSARD, 16, Rue Dumont d'Urville - CASABLANCA

BISMUTH et Cie, 4, Rue de Strasbourg - TUNIS

Produit remboursable par les Assurances Sociales

(Arrêté du 31 août 1949)

## LUGOCALCION A LA VITAMINE C

AMPOULES BUVABLES DE 10 CM<sup>3</sup>

Chlorure de Calcium 500 mg  
Vitamine C . . . . . 500 mg      pour 1 ampoule

Anémie et toutes déficiences organiques

## LUGOCALCION

Sirop de Chlorure de Calcium

délicieux au goût  
hémostatique

LABORATOIRES NOVALIS OULLINS (RHONE)



mais sans induration sous-jacente. Le bourgeon semblait venir de l'endo-col, règles normales. Pas d'antécédents de tuberculose.

La biopsie montre qu'il s'agit d'une tuberculose de l'endo-col.

Méitez-vous donc des ulcérations saignantes, mais dont la base n'est pas indurée et d'autant plus que le fond est suppuré :

- des ulcérations granuleuses à fond jaunâtre
- des ulcérations à évolution torpide

et ne pratiquez pas de traitement avant d'avoir par la biopsie fait la preuve de l'origine tuberculeuse ou non de cette métrite « banale ».

#### *L'endométrite :*

Si le col est sain, vous pouvez observer des signes d'endométrite qui doivent attirer votre attention.

Je ne parle pas des glaires troubles ou légèrement suppurés qui traduisent l'infection de l'endo-col ou de l'endomètre.

Ils sont trop fréquents hors de la tuberculose pour avoir une valeur diagnostique.

— Par contre dans deux cas nous avons observé un véritable écoulement purulent, une pyométrie abondante, chez une femme jeune, hors de la période du post-parum ou du post-abortum. Cette pyorrhée utérine « primitive » est rare. Elle doit vous faire penser à la tuberculose.

*Obs. 22 : Sasia, 30 ans - Aménorrhée de 4 ans - Stérilité primaire col sain - Pas d'annexite. L'aspiration à la sonde de Novak (pour la biopsie) ramène du pus. Biopsie tuberculeuse de l'endomètre.*

*Obs. 18 : Fatouma, 25 ans.*

Annexite gauche - Aménorrhée datant de 5 ans survenue après curetage pour fausse couche de 2 mois.

Au spéculum *écoulement purulent abondant sortant d'un col sain.* On pense à la tuberculose et sous le couvert d'un traitement à la streptomycine, on pratique une biopsie de l'endomètre qui confirme notre diagnostic.

#### 2° LE TOUCHER. LES ANNEXITES.

Si le col ou l'endo-col ou l'endomètre paraissent sains, d'autres signes peuvent vous faire penser à la tuberculose de l'endomètre :

C'est l'existence au toucher d'une annexite, même peu importante, dont vous ne pourrez faire la preuve étiologique. Nous avons insisté sur ce point à propos des annexites tuberculeuses. Rappelons que toute annexite qui survient sans lésion du col ou en dehors de tout accouchement ou fausse couche a de très forte chance d'être tuberculeuse.

**NEURINASE**  
SOLUTION - COMPRIMÉS - SUPPOSITOIRES

*amorce le  
sommeil naturel*

VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

*Nouvelle  
Forme:  
Suppositoires*

**ALEPSAL**  
COMPRIMÉS - SUPPOSITOIRES

PHÉNOBARBITAL - BELLADONE STABILISÉE - CAFÉINE

10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1/2 Cg. DYSTONIES

*simple, sûr, sans danger*

*Remboursés Sécurité Sociale*

**LAB. GÉNÉVRIER**  
45, Rue Michéris  
NEUILLY-PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

CONVALESCENCE - ANÉMIE

# HEPAVITA

Ampoules buvables de 5 et 10 cc.

dosées à 6 gammas de Vitamine B12 pour 10 cc.

Ampoules injectables

dosées à 10 gammas de Vitamine B12 par ampoule de 2 cc.

LABORATOIRES NEOTHERAP, 83, Rue St-Charles — Paris-XV°

Il est classiquement interdit alors de pratiquer des explorations utérines ou salpingiennes pour essayer de faire la preuve de la tuberculose.

Cependant nous pensons que sous le couvert d'un traitement à la streptomycine ces recherches prudentes sont possibles et non dangereuses. Nous les avons pratiquées dans plusieurs cas sans observer de complications.

Dans 6 cas la présence d'annexite nous a permis de soupçonner la tuberculose que la *biopsie a confirmée*.

#### B) LES SIGNES PARA-CLINIQUES

S'il n'existe enfin aucune lésion utéro-salpingienne, c'est sur les explorations para-cliniques, l'*Hystéro-Salpingographie* et la *Biopsie d'Endomètre* que vous pourrez baser votre diagnostic.

Que montrent donc l'*Hystéro-Salpingographie* et la *Biopsie d'Endomètre* ?

2° L'HYSTÉRO-SALPINGOGRAPHIE AU LIPIDOL peut montrer des signes indirects de grande probabilité ou des signes directs.

*Les signes indirects :*

Sont plus fréquemment observés. Ils traduisent l'existence d'une salpingite tuberculeuse latente. Alors qu'une imperméabilité tubaire chez une femme stérile pourrait à la rigueur inciter à ne pas pratiquer de biopsie de l'endomètre, lorsqu'à cette imperméabilité, s'associent des signes radiologiques faisant penser à une annexite tuberculeuse, cette biopsie s'impose et permettra de déceler une tuberculose génitale jusque là ignorée.

On connaît bien, en effet, certaines images tubaires, bien décrites par MAGNUSSON en particulier, qui correspondent à des salpingites tuberculeuses.

Nous les avons retrouvées dans un grand nombre de nos observations :

a) tantôt ce sont des images de *rectitude tubaire*. Elles sont d'autant plus caractéristiques qu'on les retrouve dans plusieurs radios successives.

Dans une de nos observations c'était la seule expression d'une salpingite imperceptible cliniquement. Elle nous a permis d'affirmer l'origine tuberculeuse de la lésion que la biopsie d'endomètre a confirmée.

*Obs. 10 :* D. Giovanna, 28 ans - Consulte pour stérilité primaire de 5 ans. Régulée normalement. Une hystérogographie pratiquée pour recherche d'obstacle tubaire à la fécondation montre une raideur de la trompe droite visible sur tous les clichés. Nous pensons à une tuberculose annexielle. La vitesse de sédimentation est à 61 mm. à la 1<sup>re</sup> heure. La biopsie révèle l'existence d'une tuberculose de l'endomètre;

b) tantôt ce sont des images de *fistulation tubaire*. Elles sont plus fréquentes et aussi plus faciles à reconnaître.



En voici deux observations parmi d'autres :

1° *Obs. 4* : Charfia - Précédemment rapporté à propos de signes fonctionnels. L'hystéro-salpingographie montre (fig. 1)

1) *polype intra-cavitaire*



2) *déformation tubaire par de nombreuses fistules.*

FIGURE 1 :

1° des images de trompes fistulisées tout à fait caractéristiques;  
2° une image endo-utérine de polype intra-cavitaire dont la biopsie a révélé la nature tuberculeuse.

2° *Obs. 25* : Clémence A., 25 ans - Consulte pour stérilité primaire de 3 ans. Régliée normalement. Pas d'antécédent tuberculeux.

L'hystéro-salpingographie montre (fig. 2) sur une des trompes,



FIGURE 2 :

1) *Rectitude tubaire* : image identique retrouvée dans tous les clichés à plusieurs heures d'intervalle;  
2) *Très petites fistules tubaires.*

obturée au pavillon, des petites fistulettes très discrètes. Cela nous fit penser à la tuberculose. La biopsie de l'endomètre a confirmé notre diagnostic;

c) les 2 types d'images (rectitude et fistules) peuvent d'ailleurs co-exister.

Les SIGNES DIRECTS sont plus rares ou plutôt on y prête habituellement peu d'attention.

Ce sont des *images utérines anormales* qui doivent faire penser à l'existence de tuberculose utérine;

— soit un *polype intra-cavitaire* dont la valeur est d'autant plus grande qu'il est découvert chez une aménorrhéique. On sait, en effet, que de tels polypes se manifestant habituellement par des hémorragies quand ils ne sont pas tuberculeux.

*Obs. 5* : C. Marie, 26 ans - Consulte pour aménorrhée secondaire de 3 ans, a eu un enfant 7 ans auparavant. Pas d'antécédents tuberculeux. Autrefois bien réglée. A l'examen leucorrhée purulente. Col sain. Annexes « normales ». Une hystérogaphie montre des images de polypes au niveau d'une corne et du corps (fig. 3). La biopsie de l'endomètre révèle l'existence d'une tuberculose.

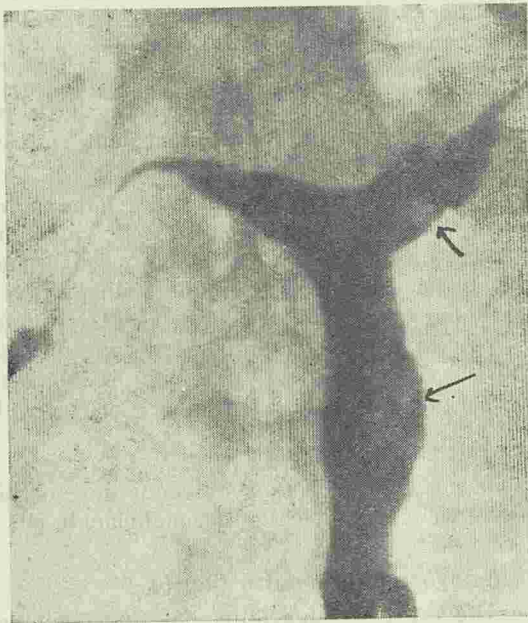


FIGURE 3 : Image en « mie de pain » de polyposé intra-utérine

— soit une injection vasculaire ou lymphatique du corps utérin (fig. 4).



FIGURE 4 : La cavité est infectée (on aperçoit 3 petits polypes dans la corne droite)  
Injection veineuse et lymphatique

Ces images bien connues s'observent de temps à autre au cours des hystérogaphies. Elles sont rares (1 à 2 % de l'ensemble des hystérogaphies). On les considère habituellement comme un incident technique d'ailleurs sans conséquence pour la malade.

Mais certains auteurs ont insisté récemment sur la fréquence avec laquelle ces injections lymphatiques s'observaient en cas de tuberculose de l'endomètre.

De fait sur 19 Hystérogaphies pratiquées dans notre série, nous les avons retrouvés 7 fois. La fréquence est telle qu'on peut bien être assuré qu'il ne s'agit plus d'un incident technique ni d'une coïncidence, mais bien de la traduction radiographique d'une tuberculose d'endomètre. Dans certains cas l'hystérogaphie étant pratiquée pour stérilité chez des femmes n'ayant ni antécédents caractéristiques, ni signes fonctionnels, c'est la seule injection lymphatique qui nous a fait penser à une tuberculose que la biopsie a confirmée ultérieurement.

Voici une observation très typique :

*Obs. 15* : Jemââ L., 23 ans - Consulte pour aménorrhée secondaire de un an, consécutive à son dernier accouchement qui fut normal. Autrefois bien réglée.

L'hystéro-salpingographie montre (fig. 5) :

1° que la cavité est très imparfaitement injectée (synéchie probable voir plus loin);



2° une injection massive des lymphatiques ce qui nous a fait penser à la tuberculose

La biopsie de l'endomètre a confirmé notre diagnostic.



FIGURE 5 : La cavité est incomplètement injectée  
(*synéchie partielle ?*)

*Nombreuses injections lymphatiques et peut-être veineuses.*

Tels sont les signes radiologiques qui traduisent parfois l'existence d'une tuberculose utérine.

Il faut remarquer pourtant que ces signes sont inconstants. Sur 19 hystérographies pratiquées chez nos malades, trois fois les images utéro-annexielles étaient normales ou non caractéristiques.

En dernière analyse, c'est à la *biopsie d'endomètre* qu'il faut demander le seul signe de certitude.

#### LA BIOPSIE D'ENDOMETRE (1)

La preuve biopsique a-t-elle cependant une valeur absolue ? C'est une question qui mérite d'être discutée.

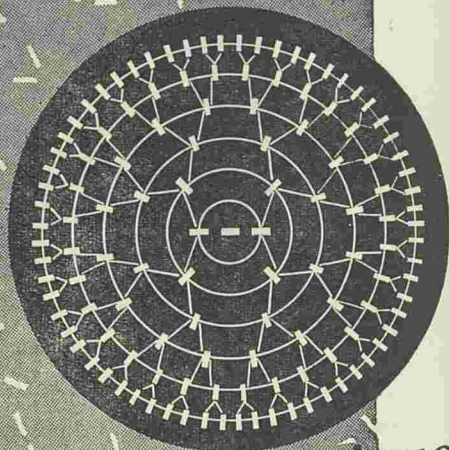
1° Une réponse « positive », c'est-à-dire l'existence de follicules géants dans l'endomètre est-elle pathognomonique ?

Dès les premières publications de ces T.E. latentes découvertes à la faveur de l'emploi de la biopsie d'endomètre chez les femmes stériles, certains auteurs ont émis l'hypothèse que les lésions décrites n'étaient pas forcément dues à la tuberculose. On a parlé de pseudo-tuberculose. Les uns se demandaient s'il ne s'agissait pas d'image de cytolysse d'origine hormonale simulant plus ou moins l'aspect des follicules géants.

(1) Nos biopsies ont été pratiquées soit par le Dr GORDEEF de l'Institut Pasteur de Tunis, soit par le Dr Charles ZÉRAH.

ADOLLE

une flore entérale  
vivante



qui croît en progression géométrique



# Lactophilus

COMPLEMENT DES ANTIBIOTIQUES  
INFECTIONS INTESTINALES

LABORATOIRE DE BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE LAVRIL  
13, rue Pécelet - Paris 15<sup>e</sup>

D'autres pensaient qu'il pouvait s'agir de lésions du type BESNIER, BÆCK, SCHAUMAN à localisation utérine.

Ces hésitations venaient de ce que généralement les B.K. n'étaient pas retrouvés dans l'endomètre et que les inoculations au cobaye étaient souvent négatives.

Les recherches ultérieures ont permis de montrer qu'il s'agissait bien dans l'immense majorité des cas de tuberculose incontestables.

BEDRINE (de Lille) en particulier, en cultivant en milieux spéciaux des fragments d'endomètres suspects a obtenu *dans tous les cas* des colonies évidentes de B.K.

Plus récemment ISIDOR poussant l'analyse histologique plus minutieusement qu'on ne le fait couramment, a montré que dans les cellules soi-disant lysées par l'action hormonale on trouvait des appareils de Golgi intacts. Ceux-ci auraient dû, s'il ne s'était agi que d'une « lyse », disparaître au tout début de la cytolyse.

Ainsi, le fait paraît maintenant bien acquis, une biopsie de l'endomètre « positive » est bien le signe d'une T.E.

*Inversement, une réponse négative doit-elle infirmer le diagnostic ?* Il semble que non.

Tout d'abord la tuberculose n'est pas forcément étendue à tout le corps utérin et la sonde de Novack peut ne ramener qu'un fragment encore indemne de la muqueuse.

D'autre part, une biopsie faite au début du cycle, quand l'endomètre est au début de sa « résurrection », peut aussi ne pas montrer d'image spécifique, la lésion ne s'étant pas encore reconstituée. Il faudrait alors recommencer les prélèvements et en particulier en fin de cycle.

Enfin, et c'est le cas le plus curieux, la curette peut ne rien ramener parce qu'il n'y a plus de cavité utérine, parce qu'il existe ce qu'on appelle une *synéchie utérine* :

On connaît bien maintenant, surtout depuis les travaux d'ASHERMAN (Tel-Aviv) ces synéchies utérines qui, par accolement des deux parois de la cavité suppriment plus ou moins complètement cette cavité. L'aménorrhée est la manifestation fonctionnelle de ces synéchies et leur cause était attribuée jusqu'ici aux curetages trop poussés. Nous en avons, il y a quelques mois, publié 3 cas tout à fait caractéristiques à la Société d'Obstétrique de Tunis.

Or, NETTER a montré à propos de trois nouvelles observations curieuses que cette synéchie pouvait être due à la T.E.. C'est une forme fibreuse de la maladie qui produit des adhérences de la muqueuse utérine comme elle détermine ailleurs des adhérences de la plèvre ou du péritoine.

Il est intéressant de signaler en passant, l'unité des processus anatomiques de la tuberculose qui réalise partout les mêmes types de lé-



sions, ulcéreuses ou caséuses avec fistulisation comme nous l'ont montré les images radiographiques des trompes et de l'utérus ou fibreuses comme nous le prouvent ces images de synéchies utérines, sans compter l'affinité pour les lymphatiques utérins dont l'injection par le lipiodol est sans doute la traduction radiographique. Ces synéchies et ces injections lymphatiques peuvent d'ailleurs coexister comme le montrent certaines de nos observations.

Nous avons trouvé 5 *synéchies* sur 19 radiographies qui toutes s'accompagnaient d'une injection lymphatique plus ou moins importantes (voir entre autre l'obs. 15 rapportée plus haut).

### T R A I T E M E N T

Le traitement de la tuberculose utérine ne pose plus de problèmes depuis que nous disposons des antibiotiques.

Cependant il convient, avant de dire quelques mots de ce traitement « médical » de faire quelques remarques.

1° La tuberculose du col guérit très bien localement par la seule électro-coagulation. Nous en avons fait la preuve à plusieurs reprises quand les antibiotiques n'étaient pas connus.

Mais cette tuberculose du col coexistant souvent semble-t-il avec une tuberculose de l'endomètre, il ne faut pas se contenter de cette guérison anatomique du col et compléter l'action de l'électro-coagulation par celle de la streptomycine ou des autres antibiotiques.

2° La tuberculose du col guérit aussi bien semble-t-il sans électro-coagulation et grâce au traitement par les antibiotiques. Nos deux dernières observations nous l'ont prouvé sans conteste.

3° Certains auteurs et en particulier les Anglo-saxons ont préconisé l'hystérectomie comme traitement de la tuberculose de l'endomètre. Ils se basent pour justifier leur opinion sur la très grande fréquence des annexites associées (90 % disent-ils) et sur le fait que l'action des bactériostatiques n'est pas définitive. Nous ne disposons pas d'assez de recul pour décider de la justesse de cette opinion.

On peut avancer à sa décharge qu'il est très difficile de faire la preuve de la guérison anatomique d'une tuberculose de l'endomètre, les biopsies négatives n'impliquant pas forcément, comme nous l'avons vu, l'absence de toute lésion.

Néanmoins nous pensons que l'hystérectomie est une cure trop radicale pour être proposée contre une maladie souvent latente et il est paradoxal de la pratiquer chez des femmes qui viennent vous consulter pour stérilité.

Aussi, dans tous nos cas, nous sommes-nous contentés du traitement médical par les antibiotiques.

*Comment conduire ce traitement ?*

1° Habituellement nous commençons par la *streptomycine par voie générale* : 1 gr. par jour pendant un mois.

Dans quelques cas nous avons injecté la streptomycine *localement* sous la muqueuse utérine.

Nous n'avons pas eu l'impression d'une plus grande efficacité de ce traitement local qui astreint les malades à des séances quotidiennes pas très agréables à supporter.

2° Ensuite nous les soumettons pendant longtemps à un traitement mixte P.A.S.-Isoniazide.

*Quels sont les effets de ce traitement ?*

Il est difficile de les apprécier justement. Dans certains cas de nouvelles biopsies après 3 ou 4 mois de traitement montraient l'absence de toutes lésions spécifiques (5 cas).

D'autres fois on retrouvait des lésions moins importantes (2 cas). Enfin dans quelques autres cas les lésions n'étaient pas encore guéries après 6 mois de traitement (3 cas).

Aussi avons-nous poursuivi jusqu'à maintenant le traitement chez toutes celles que nous revoyons régulièrement.

Malheureusement, beaucoup ne reviennent pas, car ce qui les intéresse c'est le résultat fonctionnel et celui-ci n'est pas habituellement très brillant.

1° Au point de vue menstruel les résultats les plus nets concernent les *méno-métrorragies* qui ont toutes guéri rapidement.

Les aménorrhées sont plus résistantes et dans deux cas seulement les règles ont réapparu au bout de 2 à 3 mois sans thérapeutique hormonale.

2° Quant à la stérilité, nous n'avons obtenu aucun résultat jusqu'à maintenant.

Certains auteurs ont obtenu des grossesses à la suite de traitement de tuberculose de l'endomètre. Nous n'avons pas eu cette « chance ». Mais faut-il parler de « chance » et la guérison de la stérilité dans les tuberculoses de l'endomètre est-elle vraiment souhaitable ?

On a publié récemment de nouvelles observations de grossesses survenues après traitement de tuberculose de l'endomètre.

Les unes se sont terminées par la mort des femmes en couches dans un tableau de granulie, d'autres par des avortements ou des grossesses tubaires.

Quand on sait l'influence de la tuberculose en général sur la puerpéralité (surtout en Tunisie) on peut imaginer que des lésions locales « endormies » et non absolument guéries par les antibiotiques subissent des flambées en cours de grossesse ou dans les suites de couches et il vaut mieux se résigner à une stérilité définitive que de courir les risques que la guérison de ces stérilités par tuberculose peut faire craindre.



**TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN**  
**14 bis. Rue Arago — TUNIS**



## Sur quatre cas de tuberculose du col de l'utérus

par les D<sup>rs</sup> J. SCEMLA, L. FOUQUET, L. SAADA, BERRAFATO

L'atteinte tuberculeuse du col de l'utérus, isolée ou associée à d'autres lésions de l'arbre génital a toujours été considérée comme une affection fort rare. Elle varie de 1 à 2 % des cas de lésions tuberculeuses du tractus génital, selon les auteurs français ou étrangers.

En Tunisie, il semble que le lourd tribut payé à la tuberculose, explique sa localisation plus fréquente au niveau du col utérus.

Cette particularité nous a paru assez intéressante pour être signalée, car les lésions occasionnées par le bacille de Koch peuvent prendre un aspect trompeur, simulant assez souvent le cancer du col.

Notre première observation remonte à 1927 alors que nous avons à peine organisé la consultation externe de gynécologie de l'Hôpital Sadiki

Il s'agissait d'une négresse de 22 ans, jeune mariée parfaitement saine en apparence qui était venue consulter pour des pertes séro-sanguinolentes quotidiennes datant de deux à trois mois et ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux.

L'examen a révélé :

1° Au toucher vaginal, un gros col bourgeonnant donnant la sensation du cancer exocervical, alors que le corps utérus est de volume normal, mobile, indolore.

Les culs de sacs vaginaux sont parfaitement souples et les annexes non augmenté de volume.

2° Au spéculum, le col est gros, rouge, il présente sur le pourtour de l'orifice externe et débordant largement sur sa périphérie, un amas de végétations papillomateuses sessiles allant d'un volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille et saignant au moindre contact.

Certaines de ces formations présentent une petite excavation centrale circulaire contenant un liquide purulent jaunâtre.

Nous étions assez perplexes quant au diagnostic de cette affection. Si l'aspect de la lésion pouvait faire penser à un cancer bourgeonnant de l'exo-col, l'absence totale de toute propagation ni infiltration utérine ou péri-utérine, l'absence de douleurs et l'excellent état général constituaient un faisceau de symptômes en désaccord formel avec une forme aussi avancée du néoplasme.

Le résultat de la biopsie a été surprise, car il s'agissait de lésions dues à la tuberculose avec les cellules géantes caractéristiques et rappelant la forme verruqueuse.

Le fait que le mari était hospitalisé à Sadiki pour orchio-épidymite

HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
"ROCHE"

9 = 1  
*vitamines*                      *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).*

*Au delà de 2 ans : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.*

Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).

PRODUITS "ROCHE" S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4<sup>e</sup>

tuberculeuse fistulisées, nous avait fait entrevoir la possibilité d'une contamination directe. Cette malade a subi une amputation haute du col et cette thérapeutique a été suivie d'un plein succès.

Depuis 1927, nous avons assez fréquemment constaté une à deux fois par an des cas de tuberculose du col dont voici trois observations beaucoup plus récentes tirées du fichier de la Maternité de Sadiki :

### Observation N° 1

Slamouna Bent Secri — N° 2501.

45 ans, une seule grossesse vingt ans auparavant.

Après une aménorrhée de un an, présente des pertes sanglantes qui durent depuis 7 mois; aucun phénomène douloureux.

Hospitalisée le 26 avril 1949 à la Maternité avec le diagnostic de cancer du col.

A l'examen le col est gros, saignant, bourgeonnant sur toute son étendue, jusqu'à la limite des culs de sacs vaginaux. En avant, cependant, les bourgeons débordent le cul de sac antérieur et remontent vers le méat urinaire.

Le corps de l'utérus est antéversé, légèrement augmenté de volume, mobile et indolore.

Les annexes sont perçues, mais ne sont pas augmenté de volume.

L'état général de la malade est excellent, l'étude des antécédents ne révèle rien de particulier.

Une radiographie pulmonaire est négative. De même la réaction de Bordet Wasserman.

La biopsie montre qu'il s'agit de lésions tuberculeuses avec des follicules géants caractéristiques.

La malade est soumise à un traitement à la streptomycine locale par injections sous-muqueuses et général.

Elle reçoit 20 grammes de streptomycine par voie intra-musculaire à raison de 1 gr par jour.

Plusieurs biopsies sont pratiquées au cours du traitement. Celles-ci révèlent une amélioration progressive avec diminution puis disparition des formations folliculaires tuberculoïdes.

Au reste, le 3 juin, soit 37 jours après son hospitalisation, le col a repris son aspect normal, sa coloration normale. La malade sort guérie.

### Observation N° 2

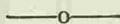
Zeineb Ben Hamed El Melki — N° 4625.

Multipare, 20 ans, mariée depuis 7 mois, mal réglée, avec des périodes d'aménorrhée de un mois à la suite de laquelle les règles sont



# HEXOLINE

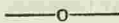
(Fructose — Diphosphate de calcium)



**HEXOLINE - GLYCOCOLLE**

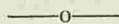
**HEXOLINE - CORTICO - SURRENALE**

**HEXOLINE - PILOCARPINE - PHÉNOBARBITAL**

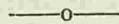


**Etats dépressifs — Asthénies — Surmenage cérébral**

**Insuffisance surrénale — Hypotension**



Présentation dans chaque formule : Tube de 100 dragées



*Documentation et échantillons sur demande*



---

Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

apparues régulièrement; pas de pertes sanguines dans l'intervalle des règles, à peine quelques pertes blanches.

Au toucher vaginal on a la sensation d'un col épais, de consistance très molle.

Le corps est rétrofléchi. Il n'est pas augmenté de volume. Les culs de sacs vaginaux sont souples, mais les annexes congestionnées douloureuses des deux côtés. Le doigt ne ramène pas de sang, mais des pertes séro-purulentes fœtides.

Au spéculum le col apparaît tomateux dans son ensemble recouvert par un exudat séro-purulent.

La lèvre antérieure est le siège d'une vaste ulcération qui l'intéresse dans presque toute sa totalité et donne l'impression qu'elle est amputée. Cette ulcération est rougeâtre, mamelonnée, irrégulière, parsemée de plages jaunâtres purulentes.

Hospitalisée le 17 juin 1952 pour métrite aiguë avec réaction salpingieuse bilatérale, la malade est soumise à la glace et à la pénicilline: un million d'unités par jour pendant une semaine en attendant le résultat de la biopsie faite immédiatement. La température oscille entre 37 et 38° avec de temps à autre un clocher à 38,5.

L'examen général ne révèle rien de particulier qui puisse orienter le diagnostic de tuberculose.

La radiographie du thorax est négative, seule la vitesse de sédimentation est accélérée 93 m.

Cependant la température prend un type oscillant avec des clochers à 39° malgré la pénicilline. La malade manque d'appétit, accuse des sueurs nocturnes et maigrit malgré le séjour au lit.

Le 30-6-52, le résultat de la biopsie nous parvient enfin et nous donne : fragment cervical ulcéré et nécrosé en surface; le chorion est parsemé de follicules à cellules épithéloïdes et géantes. Tuberculose du col utérin.

La malade est soumise au traitement suivant :

Streptomycine : 1 gramme par jour.

B.P.A.S. : 10 grammes par jour.

Elle reçoit en tout 31 grammes de streptomycine.

Sous l'influence de cette thérapeutique l'état fébril s'améliore en 8 jours pour redevenir normal.

Le col s'améliore progressivement. Cependant, le 17 juillet 1952, une biopsie de l'endomètre donne les résultats suivants :

Muqueuse utérine presque totalement détruite par un processus de nature tuberculeuse, les fragments étant constitués essentiellement par des îlots de nécrose caséuse entourés de follicules à cellules épithéloïdes et géantes.

Le traitement est ainsi poursuivi jusqu'au 17 août 1952.

Petit à petit le col s'épidermise complètement, mais garde son as-

# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT  
OLÉO  
INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.  
SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice  
du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

× gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Ménopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

**MODE D'EMPLOI :** 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS



pect de lèvre antérieure amputée, mais cicatrisée. Le corps utérus, toujours en rétroversion et plus mobile. Il persiste un certain empâtement diffus des deux cols de sacs latéraux sans que l'on puisse percevoir de masse annexielle précise.

La malade sort sur sa demande imparfaitement guérie certes, mais avec du moins un col complètement cicatrisé, et un excellent état général.

### Observation N° 3

Zhina Bent Sghaïr, N° 6983.

Multipare, 30 ans, qui vient consulter pour des métrorragies continues depuis deux mois, après une aménorrhée de trois mois qui lui fait supposer qu'elle est enceinte. En réalité, l'examen clinique fait à la consultation, conclut à l'absence de grossesse, mais révèle un aspect de choux-fleur du col de l'utérus qui évoque le diagnostic de cancer pour lequel elle est admise le 24 août 1955.

A l'examen gynécologique on retrouve le même aspect de gros col mou parsemé de grosses granulations saignantes recouvrant toute sa surface et masquant l'orifice externe. Les lésions n'intéressent que le col de l'utérus tandis que le corps en bonne position n'est pas augmenté de volume, il est mobile et indolore. Enfin, fait essentiel, les culs de sacs vaginaux sont souples, les paramètres ne sont pas infiltrés. Cette particularité que nous avons déjà constatée à maintes reprises suffit à nous faire écarter le diagnostic de cancer exocervical et poser celui de tuberculose du col. Une biopsie vient confirmer notre diagnostic et nous donne la constatation suivante : fragment de muqueuse dont le chorion est envahi par des folliculaires typiques avec cellules épithéloïdes, cellules géantes et infiltrations lymphocytaires.

Au reste l'état général est excellent, il n'y a pas température, l'examen somatique est négatif, de même une radiographie pulmonaire.

Enfin, l'étude soigneuse des antécédents personnels et héréditaires ne révèle rien de spécial.

Le traitement institué est le suivant :

Tous les jours : 1 gramme de streptomycine associé à 5 comprimés d'isonazide et à 10 grammes de B.P.A.S. en perfusion intra-veineuse, pendant 28 jours, au cours desquels nous avons vu les lésions s'améliorer progressivement pour disparaître presque totalement avec retour à l'aspect presque normal du col. Les pertes sanguines disparaissent. La malade s'estimant guérie, et malgré notre insistance, sort sur sa demande.

A ces observations nous ajoutons le résultat d'une biopsie faite à la consultation de gynécologie de Sadiki. Il s'agissait d'une jeune multipare venue consulter pour pertes séro-sanglantes enter-mensuelles.

≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : ÉS NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090

L'examen gynécologique révéla l'existence d'un petit amas polypeux saignant de l'endocol.

La biopsie faite immédiatement donna comme résultat le 21 janvier 1955 : tuberculose de l'endocol. Malheureusement la malade n'est plus revenue consulter.

Il nous faut déplorer cette indocilité des malades de Sadiki qui ne comprennent pas leur intérêt. Elle rend notre travail d'observation scientifique très délicat lorsqu'il s'agit d'affections indolores et ne donnant que des troubles, comme la tuberculose du col.

### CONCLUSIONS

Ces observations présentent un double intérêt : clinique et étiopathogénique.

Du point de vue clinique la forme végétante ou papillomateuse de la tuberculose du col a été décrite depuis bien longtemps par Pozzi, mais BONNET et BULLIARD dans leur mémoire (Gynécologie et Obstétrique, 1931) considèrent que c'est une forme rare, car, disent-ils, la végétation n'est qu'une apparence, une forme début, les lésions tuberculeuses étant surtout destructives comme le confirme la disparition des glandes. C'est le cas de notre Observation N° 3.

Cette forme végétante peut évidemment à première vue en imposer pour un cancer, mais l'absence de tout signe physique et fonctionnel de la propagation doit suffire à donner l'éveil et, au demeurant, l'indispensable biopsie vient éclairer rapidement le diagnostic.

Du point de vue étiologique la tuberculose du col de l'utérus nous paraît être plus fréquente que ne le signale les auteurs (du moins en Tunisie).

C'est ainsi que BROU, MOULONGUET et GIBERT, BONNET et BULLIARD, J. L. FAURE, OKINCZIC, PARRAIN ne donnent qu'une proportion variant de 1 à 3 % des cas de tuberculose du tractus génital.

De même les statistiques de SWARTZ en Allemagne (1954), Samuel THIENSTEINS (1953) aux Etats-Unis, ne la signalent que dans 1 % des cas.

Mais c'est la statistique de COLLINS qui est la plus intéressante à étudier. Cet auteur colligeant 33.850 examens anatomopathologiques de tuberculose des organes génitaux chez la femme ne trouve que 133 cas de tuberculose du col utérin, soit 0,396 %. Cette statistique si imposante démontre ainsi combien cette affection est rare en Amérique.

En Tunisie, nous n'avons certes pas encore le moyen de fournir de telles statistiques, et plutôt que de vous donner les statistiques de la Maternité de Sadiki qui sont intéressantes, mais trop modestes pour avoir une idée précise, nous avons pensé à nous adresser au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Institut Pasteur qui réunit pres-



UN PANSEMENT DIGESTIF POLYVALENT

**PHOSPHATE**  
**D'ALUMINE**  
SOUS FORME DE **GEL VRAI**

**PHOSPHALUGEL** 2À4 CUILLERÉES À CAFÉ  
2À4 FOIS PAR JOUR



**VIVACALCIUM**

AMPOULES :

UNE SEULE FORME A LA FOIS  
INJECTABLE ET BUVALE

COMPRIMÉS  
SUPPOSITOIRES

**LAROCHE - NAVARRON**

63, RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-55

que toutes les pièces opératoires et les biopsies des hôpitaux de Tunis. Nous remercions très vivement à cette occasion Mme GORDEEFF, chef de service de l'Institut Pasteur, de son accueil si aimable et des renseignements qu'elle a bien voulu nous donner.

Les chiffres de la statistique de l'Institut Pasteur ne portent que sur les onze mois de cette année-ci.

Sur 50 examens anatomo-pathologiques de lésions tuberculeuses de l'ensemble du tractus génital on trouve : 6 tuberculoses du col, soit 12 %. Proportion fort importante jamais égalée dans les autres statistiques qui vient ainsi confirmer notre impression.

Il est à remarquer que pour les autres 44 examens restant on trouve : 7 tuberculoses tubaires, 37 tuberculoses de l'endomètre isolées ou associées à des tuberculoses du col (Observation N° 3).

Ce chiffre souligne l'énorme participation des muqueuses endo et exo-utérines dans la tuberculose des organes génitaux de la femme tunisienne.

Par quel mécanisme se produit cette localisation ?

S'agit-il de tuberculose primitive ou secondaire ?

La théorie communément admise est énoncée par BROU, MOULONGUET et GIBERT :

« Il est entendu que dans l'immense majorité des cas, la tuberculose génitale féminine n'est pas une lésion primitive au vrai sens du mot, c'est-à-dire anatomique : elle est associée et secondaire à un chancre d'inoculation de tuberculose qui est situé dans quelque autre organe ».

Cette opinion si formelle comporte cependant quelques atténuations. C'est ainsi que LANTUEJOUL rapportant à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris en 1952, une observation de tuberculose génitale de la femme dont le mari était atteint d'orchio-épidémyte fistulée n'hésite pas à affirmer qu'il s'agit d'une tuberculose féminine par contamination directe. Cette observation est absolument identique à notre Observation N° 1 pour laquelle nous arrivons aux mêmes conclusions.

Des faits expérimentaux exposés par BONNET et BULLIARD ont montré que l'inoculation des bacilles de Koch au niveau des muqueuses utérines est très souvent possible.

Enfin, si nous nous rapportons à la statistique de COLLINS, nous trouvons que sur les 133 cas de tuberculose du col, 13 sont des tuberculoses primitives, soit donc : 9,776 % des cas.

Pouvons-nous dans ces conditions dire que la tuberculose primitive du col est en réalité plus fréquente en Tunisie, au détriment de la voie descendante « hématogène » plus universellement admise ? Ce serait évidemment une conclusion pathogénique hasardeuse que notre modeste statistique ne nous permet pas d'affirmer. La fréquence cependant de la localisation du bacille du Koch au niveau du col ou de l'endocol est une constatation qui doit inciter à des recherches pathogéniques plus serrées qui permettraient de nous donner des résultats intéressants.

# Ampho-Vaccin Intestinal à ingérer

*Ramène à la normale  
le microbisme intestinal  
dévié  
sans détruire l'équilibre  
naturel  
de la flore intestinale*

---

## POSOLOGIE

CAS AIGUS : 2 à 4 ampoules par jour  
CAS CHRONIQUES et AUTO-INTOXICATIONS  
1<sup>re</sup> semaine : 2 ampoules par jour  
2<sup>me</sup> semaine : 1 ampoule par jour  
3<sup>me</sup> semaine : 1 amp. tous les 2 jours

---

**LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE**

TUNISIE : SPÉCIMÉDHY - 37, Rue d'Isly - TUNIS



## Société Médicale des Hôpitaux d'Alger

SEANCE DU 16 JUIN 1956

*Sur une adénopathie médiastinale cancéreuse limitée et bien localisée, considérée comme de nature tuberculeuse*, par MM. J. LOUBEYRE et J. HOUEL.

Chez un jeune homme, présentant une anomalie hilare isolée, paraissant stabilisée de petit volume, observée pendant un an et demi, l'intervention chirurgicale fait découvrir une adénopathie cancéreuse secondaire à un petit épithélioma bronchique sans propagation au parenchyme pulmonaire. Discussion.

*A propos d'une cirrhose hydatique*, par MM. R. BOURGEON, H. PIÉTRI, Mme J. MUSSINI-MONTPPELLIER, M. GUNTZ et H. FRANÇOIS.

Les Auteurs rapportent les résultats d'investigations (S.P.T., kystocholangiographie par fistule biliaire, Cavographie), effectuées du vivant d'un malade porteur d'une Echinococcose hépatique avec cirrhose confirmée par biopsie opératoire du foie. Evolution fatale en plusieurs mois. La pièce d'autopsie traitée par injection-corosion, donne un moulage de tous les pédicules vasculaires et biliaires de la glande. La confrontation des résultats tirés des examens radiologiques et du moulage de la pièce objective une remarquable concordance et montre que les dégâts hépatiques relèvent de compressions veineuses (portale et sus-hépatique) ainsi que biliaire.

*Syndrome de Stenvens-Johnson*, par MM. J. THIODET, A. FOURRIER, P. SUDUCA, G. GANEM, J. GUIVARC'H et J. C. THIODET.

Les Auteurs présentent un cas d'ectodermose érosive pluri-orificielle qui tire son intérêt de sa rareté, de sa symptomatologie complète manifestée par des lésions cutanéomuqueuses, particulièrement intenses et douloureuses, du fait d'un syndrome analogue dans les antécédents du malade.

*Pathogénie du syndrome de Looser-Debray-Milkman : données artériographiques*, par MM. A. HUGUENIN, A. ALBOU, R. STOPPA, C. ELBAZ et P. DE LA JONQUIÈRE.

Les Auteurs rapportent les résultats d'artériographies fémorales chez une femme de 23 ans et un homme de 27 ans, porteurs de pseudo-fractures multiples. Les Auteurs discutent les rapports anatomiques entre les zones de Looser et la circulation juxta-osseuse. A la lumière des travaux publiés, ils retiennent l'intrication de plusieurs facteurs dans la pathogénie du syndrome : 1° Les sollicitations mécaniques; 2° L'action des battements artériels, en accordant plus d'importance

PRODUIT NOUVEAU  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

## **LEVURE** lyophilisée **GALLIER**

( Licence Sarecbio )

**ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES**

**TROUBLES DIGESTIFS**

**TROUBLES NUTRITIONNELS**

**STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS**

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS

SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

## **PURSENNIDE**

*Sennosides A et B,  
principe actif cristallisé initial  
du cassia angustifolia*

**Traitement de la Constipation par Atonie**

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre - PARIS 8<sup>ème</sup>

DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

aux troubles vaso-moteurs réflexes intra-osseux qu'à une action directe mécanique sur l'os malacique.

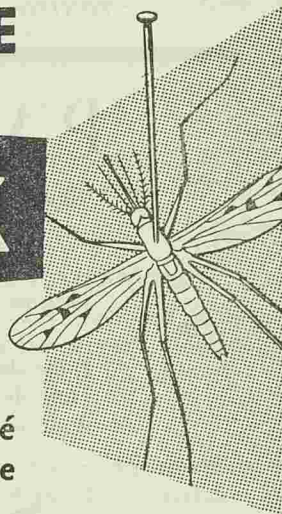
*Hérédo-syphilis, goître endémique et infantilisme*, par MM. HUGUENIN, A. ALBOU, P. SUDAKA et Y. MACHUEL (Présentation de malade).

*Tuberculose hépatique à forme nodulaire - Découverte de laparotomie*, par MM. A. HUGUENIN, A. ALBOU, C. ELBAZ.

Chez une musulmane de 41 ans, sans antécédents tuberculeux, un lobe surnuméraire du foie est pris pour une tumeur sous-hépatique et opéré. On découvre sur ce lobe un nodule grisâtre de 3 cm environ, isolé, dont seul l'examen histologique affirme la nature tuberculeuse. Les Auteurs rappellent le polymorphisme de la tuberculose hépatique. A côté des stéatoses, des tuberculoses miliaires isolées ou associées, que révèle la ponction-biopsie du foie, ils soulignent la rareté de la tuberculose nodulaire ou cavaire, de diagnostic clinique impossible et reconnue à l'intervention.

## PALUDISME

# QUINIMAX



**Plus maniable, plus actif et mieux toléré  
que les sels ordinaires de quinine**

4 FORMES : COMPRIMÉS, AMPOULES, SUPPOSITOIRES, GRANULÉS

Sté d'expl. des **LABORATOIRES DEROL**

Serv. des Relations Médicales : 66<sup>ter</sup>, rue Saint-Didier, PARIS-16<sup>e</sup>

SPECIMEDHY : 37 Rue d'Isly — TUNIS — (Tunisie)

PHARMEDY : 13 Rue J.-J. Bousseau — ALGER — (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)





OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

# FICARMONE

INJECTABLE

5-10 ET 25 AMPOULES

# FICARMONE "crudum"

BUVABLE

6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM<sup>3</sup>

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS



TUNISIE : SPÉCIMÉDHY - 37, Rue d'Isly - TUNIS

## PAPAVERYL

Chlorhydrate de papavérine chimiquement pur

— o —  
**ANTISPASMODIQUE**

*Action électorive sur la fibre musculaire lisse*

— o —  
1° Boîte de 6 ampoules injectables à 0,04.

2° Tube de 20 comprimés à 0,04.

3° Boîte de 6 suppositoires à 0,04.

## SELAMON

Chlorure d'ammonium chimiquement pur

— o —  
Laboratoires SANSON — 33, Av. Paul Vaillant Couturier à GENTILLY (Seine)

**ACIDIFIANT — DIURETIQUE — ANTI-ŒDÉMATEUX**

*Traitement des alcaloses — Obésité*

— o —  
Boîte de 50 dragées glutinisées à 0 gr 50 de chlorure d'ammonium

TUNISIE — SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

**Société Médicale de l'A. O. F.**

—o—

REUNION DU LUNDI 18 JUIN 1956

—o—

*Présentation de malade :***Chirurgie thoracique chez l'Africain** par R. LETAC, H. BÉZÈS.

Les auteurs présentent leurs huit derniers opérés : sept exérèses pulmonaires (2 pneumonectomies, 4 lobectomies, une bisegmentectomie) et une commissurotomie mitrale, la première réalisée en Afrique Noire.

*Communications :***Porphyrie aiguë — Un cas infantile africain**, par R. MAZAUD, G. PILLE, P. GIUDICELLI, J. MOISSINAC.

Syndrome de Landry par porphyrie aiguë suivie de lourdes séquelles motrices après avoir nécessité l'usage du poumon d'acier.

Episodes viscéraux, digestifs et urinaires associés, sans toutefois de troubles psychiques. Lésions cutanées enfin, d'interprétation délicate par l'uroporphyrine III a seule été caractérisée.

Le problème nosologique ainsi soulevé est envisagé. L'intérêt de cette observation est accru par le jeune âge (10 ans) et la race (race noire - ouolof) de la malade.

**Syndrome de Loëffler hémoptoïque**, par P. MAZAUD, P. GIUDICELLI.

Importante hémoptysie en période prémenstruelle chez une jeune femme floride. Découverte d'un infiltrat éosinophilique fugace. Rôle de l'état humoral aggravant la fluxion allergique comme dans les hémoptysies des asthmatiques.

**Considérations radio-cliniques sur divers syndromes de suppurations broncho-pulmonaires chroniques, non tuberculeuses chez l'Africain** par M. HECKENROTH, E. TÊTE, H. RIBAUD DE GINESTE.

Après avoir limité le cadre de leur travail à certains syndromes : dilatations bronchiques (25 cas), abcès chroniques collectés (12 cas), abcès extensifs disséquants (3 cas), pyosclérose (4 cas), cas particuliers (8 cas), les auteurs présentent une iconographie radiologique commentée de considérations radiocliniques. Ils soulignent en particulier l'intérêt et les difficultés du diagnostic, des traitements d'épreuve et des rapports de ces suppurations avec la tuberculose.

**A propos de l'électrophorèse du lait de femme africaine**, par J. SÉNÉCAL  
J. RAQUET, F. DARRASSE.

Mise au point d'une technique d'électrophorèse du lait de femme permettant de séparer les protéines en huit fractions dont certaines sont identifiées.

**Etude de l'infection expérimentale à Trypanosoma Gambiense du Cricetomys Gambianus** (note préliminaire), par M. LARIVIÈRE.

L'inoculation au Cricetomys Gambianus d'une souche de Trypanosoma Gambiense directement isolée de l'homme détermine, dès le 8<sup>e</sup> passage, une infection régulière, constamment mortelle pour l'animal.

**L'Eclampsie à la Maternité Africaine de Dakar**, par P. CORRÉA.

Les auteurs ont observé, à la Maternité Africaine de Dakar, 54 cas d'Eclampsie en deux ans et demi (janvier 1954-juin 1956) pour 12.684 accouchements.

Ils ont été frappés, d'une part par la prédominance très nette des femmes Peulhes (qui font, pour la plupart, des formes graves d'Eclampsie), bien que ce groupe ethnique ne constitue que 15 % de la population africaine de Dakar; d'autre part, par l'absence de séquelles organiques ou psychiques même dans les formes graves.

Ces 54 cas ont été classés en quatre groupes selon la gravité du syndrome. Les auteurs déduisent de ces chiffres une mortalité maternelle de 9 % contre 21 % en moyenne en France, et 18 % au Brésil. La mortalité fœtale est de 32 % contre 36 % en France, et 22 % au Brésil.

Les auteurs concluent que si l'Eclampsie est plus fréquente en Afrique chez la femme noire non urbanisée, sa gravité est cependant moindre.

**Thrombophlébites cérébrales chez des Africaines récemment accouchées**. A propos de quatre observations, par M. PAYET, M. ARMENGAUD.

Les auteurs ont observé chez des Africaines accouchées depuis une dizaine de jours des thrombophlébites cérébrales évoluant sous les formes suivantes : hémiplegie à bascule, hémorragie méningée, convulsions, psychose — et rappellent la fréquence de tels syndromes qui sont souvent méconnus.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÈRA)

choline, papaïne  
sels biliaires  
boldo

**EUCHOBYL**

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES



LIVRES REÇUS

Comité d'experts du Trachome (Deuxième Rapport). — Organisation mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, 1956, N° 106; 23 pages. Prix : Fr. s. 1,--, 1/9 ou \$ 0,30. Existe également en anglais et en espagnol.

Des progrès marqués ont été accomplis au cours de ces dernières années dans la lutte contre le trachome en vue de faire reculer cette maladie et finalement de l'éliminer en tant que problème de santé publique. Ces progrès sont examinés et analysés dans ce rapport du Comité d'experts du Trachome, qui formule également des directives concernant les recherches à entreprendre.

Afin d'aplanir certaines divergences d'opinions entre spécialistes de divers pays au sujet du diagnostic du trachome, le rapport donne une définition de la maladie et énonce une série de critères applicables au diagnostic, y compris le diagnostic différentiel. Le diagnostic différentiel des conjonctivites folliculaires non trachomateuses est présenté sous forme de tableau reproduit en annexe.

Des recherches préliminaires sur l'épidémiologie locale du trachome et des infections associées sont indispensables à l'établissement de plans de lutte adéquats. Le rapport suggère d'adopter une méthode standard pour les enquêtes épidémiologiques et expose un plan type pour recueillir divers renseignements qui doivent permettre de déterminer l'indice trachomateux et les caractéristiques générales de la maladie dans la collectivité.

Dans son premier rapport, publié voici près de quatre ans, le Comité d'experts du Trachome avait recommandé un schéma de traitement comportant l'application d'une pommade contenant certains antibiotiques, associée, en cas de besoin, à l'administration de sulfamides. Le présent rapport constate que les résultats de nouveaux essais ont pleinement confirmé l'efficacité de ce traitement et que des résultats satisfaisants ont également été obtenus au moyen d'autres antibiotiques.

Le rapport aborde ensuite la question des critères de guérison; il admet que l'on ne dispose pas encore d'une méthode sûre permettant de savoir quand l'agent étiologique du trachome est définitivement détruit ou inactivé. Il formule différents critères pour les campagnes de masse, les examens individuels et l'examen des immigrants.

Après quelques pages consacrées à la mise en œuvre de projets de lutte contre le trachome, le rapport recommande, en conclusion, d'entreprendre de nouvelles recherches virologiques, bactériologiques, cytotobactériologiques, épidémiologiques et thérapeutiques et de favoriser la diffusion d'informations et l'échange de matériel trachomateux pour les études de laboratoire.

**Les acquisitions médicales récentes - 1956.**

Un vol. in-8° raisin, 272 p., 27 figures. Prix : 1.800 fr. Editions Médicales Flammarion. (Publication : Mai 1956).

Réunir sous un volume restreint l'ensemble des acquisitions médicales de l'année, que nul médecin ne peut se passer de connaître, tel est le propos de cet ouvrage. Chaque sujet est traité par le spécialiste le plus qualifié.

PASTEUR VALLERY-RADOT : Traitement de la crise migraineuse. — F. et C. D'ALLAINES : Techniques nouvelles en chirurgie cardiaque. — J. LENÈGRE : Les diurétiques mercuriels dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. — P. MILLIEZ : La sclérose vasculaire des hypertendus. — J. VARANGOT : L'avortement spontané à répétition. — R. ISRAËL : Bronchites et bronchorrées chroniques. — A. DOMART : Les nouveaux antibiotiques. — C. LAROCHE : Les accidents des antibiotiques fongiques. — T. BERTRAND-FONTAINE : L'action de la Cortisone et l'A.C.T.H. dans les infections. — G. BROUET : L'A.C.T.H. et la Cortisone doivent-elles être utilisées dans la tuberculose ? — P. LÉPINE : La vaccination contre la poliomyélite. — A. RYCKEWAERT : Traitement de la goutte. — J. HAMBURGER et G. RICHEL : Le rein artificiel. — H. BRICAIRE : Les pubertés précoces. — L. DE GENNES : Les nouvelles hormones cortico-surrénales. — J. BERNARD : Hémopathies avec auto-anticorps. — B. N. HALPERN : Le système réticulo-endothélial et son rôle dans la défense de l'organisme.

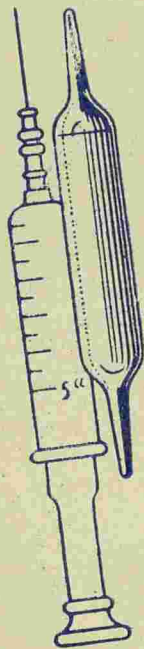
**SYMPATHYL**  
RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF  
3 à 8 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - TUNIS

Imp. NICOLAS BASCONE & SAUVEUR MUSCAT — TUNIS  
Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

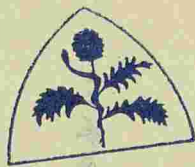
AZOTÉMIE  
SCLÉROSE  
OLIGURIES



*Metabolisme  
de l'azote  
du cholestérol  
et de l'eau*

# CHOPHYTOL

## INJECTABLE



AMPOULES DE 5<sup>cc</sup>  
TOUTES VOIES  
DRAGÉES ET GOUTTES  
PER OS  
SUPPOSITOIRES  
SIMPLES et COMPOSÉS

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ROSA-II, RUE ROGER-BACON - PARIS





TUNISIE : Ets Note — 61, Av. Garros — TUNIS — Tél. 282.094

Numéro réservé aux Conférences  
organisées par la Société de Gynécologie  
et d'Obstétrique de Tunisie.

# LA TUNISIE

---

# MEDICALE

---

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS DE  
—————TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS —————

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

## GADÉOL 20

AMPOULE  
BUVABLE  
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A  
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

*Biosedra*

LABORATOIRE BIOSEDRA - 60, RUE DE ROME - PARIS-8<sup>e</sup>

TUNISIE : R. FALDINI, 6, Rue d'Avignon — TUNIS

# BIPHÉDRINE

PENICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**



# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et  
BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- Le Rédacteur en Chef ..... D<sup>r</sup> M. UZAN
- Le Rédacteur en Chef Adjoint ..... D<sup>r</sup> J. CUËNANT
- Le Président de la Société des Sciences Médicales ..... D<sup>r</sup> R. LADJIMI
- Messieurs les ..... D<sup>r</sup> H. BONAN  
D<sup>r</sup> M. HADJOUJ
- Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales ..... D<sup>r</sup> G. BORSONI
- Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre . . . . D<sup>r</sup> G. VALENSI
- Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien ..... D<sup>r</sup> H. COURSIÈRES
- Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens . . . . D<sup>r</sup> S. AMAR

Comité  
de lecture

Administration : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247-255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction Interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.



# *Terramycine*\*

OXYTÉTRACYCLINE

L'ANTIBIOTIQUE A PRESCRIRE D'EMBLEE

# *Tetracyne*

TÉTRACYCLINE

L'ANTIBIOTIQUE LE PLUS RECENT

# *Viocine*

VIOMYCINE

L'ANTIBIOTIQUE D'APPOINT DANS  
LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Sécurité Sociale — Collectivités — A.M.G.

\* Marque de fabrique de CHAS. PFIZER & Co. Inc.

*Pfizer*

LABORATOIRES CLIN-COMAR 20, RUE DES FOSSÉS-ST. JACQUES - PARIS - TÉL. ODÉON 27-20

## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> Partie)

<i>Les douleurs de l'accouchement - Méthodes psycho-physiothérapiques prophylactiques d'analgésie obstétricale</i> , par M. Henri PIGEAUD, Professeur de Clinique obstétricale (Lyon)	601
<i>Néphropathies gravidiques et éclampsie - Données pathogéniques et thérapeutiques</i> , par M. Henri PIGEAUD, Professeur de Clinique obstétricale (Lyon)	621
<i>Dysménorrhée</i> , par M. Jean SÉGUY (Paris)	645
<i>Syndrome de néphrose liproïdique au cours de la gestation</i> , par le Dr J. SCEMLA	661

# BILAMIDE-CILAG

Oxyméthylamide de l'acide pyridine-3-carbonique

une même molécule  $\times$  2 agents thérapeutiques - l'amide nicotinique - un aldéhyde bactéricide

CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE A TROPISME BILIAIRE

- \* BACTÉRICIDE
- \* PROTECTEUR HÉPATIQUE ET CHOLÉRÉTIQUE
- \* ANTISPASMODIQUE

Remboursable par  
la Sécurité Sociale

SANS  
GROUPEMENT  
SULFAMIDE



LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16<sup>E</sup>

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille, TUNIS



**dihydrostreptomycine  
bipenicilline**

**DIAMANT**



**cristaux calibrés**

**aiguille  
plus  
fine**

**effet retard maximum**

PARVILLÉE

**SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE : 67, boulevard Haussmann - PARIS (8<sup>e</sup>)**

**USINES ET LABORATOIRES : 178, av. du Président-Wilson - LA PLAINE ST-DENIS (Seine)**

**TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS**



**SOBIO**

# **SOBIAL CYCLOBARBITAL**

**Deux hypnotiques  
en un seul  
sans dépression au réveil**

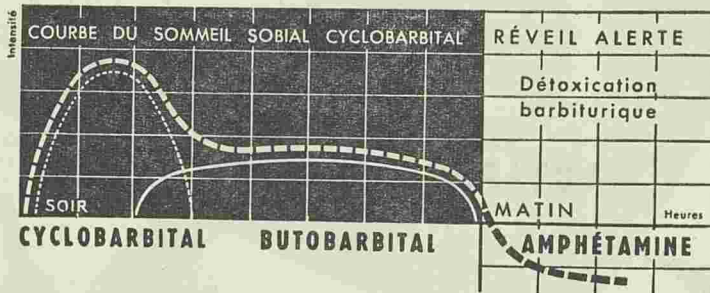
• **Un starter** : **CYCLOBARBITAL**

Barbiturique rapide, intense et bref, d'absorption gastrique directe.

• **Un relais** : **BUTOBARBITAL**

Barbiturique d'action intermédiaire, d'absorption intestinale retardée grâce au principe du comprimé à couches concentriques

et **un réveil alerte**, assuré par l'**AMPHÉTAMINE**.  
Détoxication permanente des barbituriques.



*Un sommeil calqué sur le sommeil naturel*

**1 à 2 comprimés le soir au coucher. (Enfants : 1 comprimé).**  
Boîte de 40 comprimés dragéifiés

**MÉDICAMENT REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**

LABORATOIRES SOBIO - 20, rue d'Aumale, PARIS-9<sup>e</sup> - PIG. 65-59

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

ALGERIE : Toutes Pharmacies.

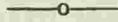
MAROC : Ets PÉLISSARD - 16, Rue Dumont d'Urville - CASABLANCA.



# Les douleurs de l'accouchement - Méthodes psycho-physiothérapiques prophylactiques d'analgésie obstétricale

par M. Henri PIGEAUD,

Professeur de Clinique Obstétricale — Lyon



Les sensations douloureuses qui accompagnent les contractions utérines au moment de l'accouchement et en particulier les douleurs contemporaines de la période de dilatation, retiennent, tout particulièrement depuis quelques années, non seulement l'attention des femmes enceintes et des accoucheurs, mais aussi celle du grand public, quotidiennement informé par la presse, la T. S. F. et même le cinéma, des différents aspects de cette question, et qui se montre justement passionné par ce qu'il est convenu, quelque peu improprement, d'appeler « Accouchement sans douleur ».

Avec un certain recul, il est maintenant possible d'aborder ce chapitre de l'analgésie obstétricale d'un point de vue scientifique et de dire ce qu'il est légitime d'attendre de la mise en pratique dans un Service Hospitalier des méthodes psycho-physiothérapiques prophylactiques d'analgésie.

Ces questions d'analgésie obstétricale nous ont toujours vivement intéressé et nous parlons aujourd'hui au nom d'une expérience déjà ancienne. C'est en 1933 que nous avons commencé à étudier l'accouchement dirigé et qu'avec notre Maître J. VORON nous avons contribué à répandre dans la pratique cette excellente méthode dérivée directement des recherches de notre regretté ami KREIS. C'est en 1942 que nous avons poursuivi l'étude physiologique et clinique des infiltrations du sympathique lombaire, infiltrations dont nous possédons plus de mille observations. C'est depuis 1949 que dans notre Service toutes les parturientes sans exception bénéficient de la mise en œuvre des différents moyens curatifs d'analgésie au cours du travail. Depuis deux ans, enfin, les méthodes d'analgésie psycho-physiothérapiques prophylactiques ont été introduites avec succès à la Clinique Obstétricale, en même temps du reste que dans les autres Maternités lyonnaises.

Comme l'indique le titre choisi pour cette conférence, on va étudier d'abord les caractéristiques et la signification des sensations douloureuses qui accompagnent les contractions utérines au cours de la période de dilatation, puis les méthodes psycho-physiothérapiques prophylactiques d'analgésie en insistant particulièrement sur leurs techniques et leurs résultats.

## I. — LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT

On n'envisage ici que les sensations douloureuses caractéristiques de la période de dilatation; on sait que ces douleurs sont d'origine utérine et traduisent, soit une compression des filets nerveux intramuraux, soit une ischémie transitoire du muscle utérin.

Ces sensations douloureuses ont-elles un caractère physiologique ? Cela est certain et ce point doit actuellement être admis sans conteste; elles traduisent un phénomène physio-pathologique d'ordre très général : contraction d'un muscle creux luttant contre un obstacle. Or cet obstacle, représenté par le tonus isthmique et cervical est bien lui-même d'ordre physiologique puisque, s'il n'existait pas, la femme enceinte, du fait de son orthostatisme, avorterait le plus souvent entre le troisième et le sixième mois, ainsi que nous le constatons avec impuissance en cas de la maladie de l'isthme ou à la suite d'une grande déchirure obstétricale du col, réalisée lors d'un précédent accouchement.

Certaines sensations pénibles qui accompagnent l'accouchement eutocique sont donc physiologiques et ne peuvent donc pas être complètement supprimées par une éducation psychologique (à l'exception peut-être d'une action hypnotique) et en dehors de toute anesthésie générale ou locale.

Mais un fait capital doit être précisé :

Les sensations douloureuses ne méritent le nom de physiologiques que dans les cas où chez une parturiente, calme et non appréhensive, des contractions utérines parfaitement régulières et harmonieuses, entraînent en quelques heures une dilatation complète du col utérin.

L'expérience montre que cela est l'exception puisqu'un tel accouchement naturel, en dehors de la mise en œuvre de tout procédé d'analgésie, ne s'observe que chez 10 à 15 % des primipares. Celles-ci, sans aucune préparation, accouchent vite et bien, en souffrant peu, et ne gardent aucun mauvais souvenir de leur accouchement.

Beaucoup plus souvent, les sensations douloureuses revêtent un caractère pathologique, étant entendu que l'on envisage seulement ici les accouchements spontanés, écartant tout facteur évident de dystocie mécanique. Il s'agit alors de dystocies fonctionnelles avec anomalies contractiles : hypertonies utérines avec crampes musculaires, absence de relâchement suffisant dans l'intervalle des contractions, contractions corporales se propageant au segment et à l'orifice utérin avec compression exagérée de l'œuf et dilatation bloquée ou du moins ralentie. Les sensations douloureuses sont alors très pénibles, elles débutent très tôt alors que le col est encore en voie d'effacement, elles persistent dans l'intervalle des contractions et se projettent suivant une topographie sacro-lombaire qui les rend particulièrement insupportables.

# 3

## ASSOCIATIONS HORMONALES



### TESTOVIRON-PROGESTÉRONE

2 DOSAGES

HYPERFOLLICULINIE  
PRÉMÉNOPAUSE  
HÉMORRAGIES  
FIBROMYOMES

### TESTOVIRON-ŒSTRADIOL

2 DOSAGES

CASTRATION  
MÉNOPAUSE  
FRIGIDITÉ

### PROLUTON-ŒSTRADIOL

AMÉNORRHÉES  
DIAGNOSTIC PRÉCOCE  
DE LA GROSSESSE

LABORATOIRES CRUET  
SERVICE SCIENTIFIQUE :  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS-VII<sup>e</sup>  
TÉL. INV 74-19

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS



Ces anomalies contractiles peuvent être primitives et en quelque sorte essentielles (infantilisme utérin); elles peuvent être la conséquence d'une légère déformation du détroit supérieur ou encore d'un excès relatif du volume de l'enfant. Quoi qu'il en soit, elles rendent l'accouchement très pénible et cela d'autant plus que la longueur du travail entraîne bientôt un effondrement de la résistance nerveuse de la femme, même normalement équilibrée, justement inquiète de l'allure pathologique de son accouchement.

Il faut bien savoir aussi que souvent ces dysharmonies contractiles avec dystocie fonctionnelle s'observent chez des femmes nerveuses, dont le seuil de l'excitabilité psychique est abaissé, femmes inquiètes qui appréhendent vivement les douleurs de l'accouchement.

On a donc l'impression en observant attentivement le mode d'accouchement de nombreuses primipares, et sans pouvoir exactement préciser lequel des facteurs de douleurs pathologiques est en premier lieu responsable, que spasmes musculaires et tempérament nerveux s'associent pour créer, en dehors de toute angustie pelvienne, un accouchement pénible avec anomalies de la dilatation du col. Quelle que soit la part qui revienne à la dysharmonie contractile ou au nervosisme, on doit reconnaître que les cas de douleurs anormalement pénibles sont nombreux, si nombreux que KREIS a pu écrire que tous les accouchements, même les plus normaux du point de vue de l'eutocie terminale, sont pathologiques.

Or, si les sensations douloureuses du type physiologique peuvent être respectées sans grand inconvénient : certains se demandent même si elles ne jouent pas un rôle utile tant dans le domaine mécanique (réflexe neuro-hormonal avec réponse hypophysaire et déversement dans le milieu intérieur d'une quantité convenable d'ocytociques) que dans celui si mystérieux de l'affectivité, il est du devoir des médecins de combattre énergiquement les douleurs du type pathologique et les anomalies contractiles qui rendent l'accouchement injustement pénible pour la mère et dangereux pour l'enfant.

Le problème thérapeutique peut donc être abordé de deux façons différentes, mais bien entendu complémentaires : action sur les contractions utérines au cours du travail; action sur le système nerveux central ou sur les voies de conduction des sensations douloureuses.

Depuis 30 ans cette action thérapeutique est entrée dans la pratique. La première étape a été réalisée par KREIS avec l'accouchement médical perfectionné à Lyon et propagé sous le nom d'accouchement dirigé. La deuxième étape consiste à utiliser certains moyens efficaces d'analgésie au cours même du travail (moyens médicamenteux, épidurale, infiltrations analgésiques du sympathique lombaire). La troisième étape se réalise en ce moment : action sur le système nerveux central par une préparation psychologique à l'accouchement, préparation psy-

chologique associée à une préparation physiothérapique qui joue un rôle particulier qui lui est propre mais aussi sert efficacement de support à la psychothérapie prophylactique. Ce sont ces méthodes d'analgésie psycho-physiothérapiques prophylactiques que l'on va étudier maintenant.

## II. — METHODE PSYCHO-PHYSIOTHERAPIQUE PROPHYLACTIQUE D'ANALGESIE

On va d'abord exposer les faits et les méthodes, puis la mise en pratique de la psycho-physiothérapie prophylactique telle qu'elle a été organisée à la Clinique Obstétricale et enfin, les résultats obtenus de la préparation des primigestes à l'accouchement.

On doit reconnaître que depuis bien longtemps, la confiance inspirée aux femmes enceintes par le médecin ou la sage-femme de leur choix, exerçait sur le comportement de la femme en travail une influence heureuse et que depuis plus de vingt ans les méthodes d'accouchement dirigé, avec les différentes interventions obstétricales et médicales qu'elles comportent possédaient vis-à-vis des réactions psychiques des parturientes une action très favorable.

C'est à Dick RÉAD que nous devons en France, l'entrée dans la pratique des procédés de préparation systématique à l'accouchement. Dick RÉAD part d'un postulat : un acte naturel ne doit pas être douloureux. Puisque d'une façon très générale les femmes souffrent au cours du travail, on est obligé d'admettre qu'un facteur nouveau est venu secondairement modifier le caractère des sensations qui accompagnent un acte physiologique. Ce facteur nouveau est un facteur psychique représenté par la peur de l'accouchement, sentiment de peur d'autant plus marqué que la jeune femme est plus sensible, plus nerveuse et aussi plus civilisée.

Cette crainte de l'accouchement est parvenue à créer progressivement au cours des âges, des réflexes de défense avec tension et contractions musculaires, réflexes qui ont naturellement rendu l'accouchement plus douloureux encore et augmenté ainsi la crainte, génératrice de réflexes défavorables. En liant, par une fausse interprétation, contraction utérine et concept douloureux, la femme a en somme créé de toute pièce, ou du moins fortement aggravé, la perception de sensations pénibles et, au cours des générations successives, la peur de l'accouchement s'est incorporée au patrimoine psychique des femmes civilisées.

On doit donc pouvoir, en corrigeant cette interprétation erronée, en supprimant les réflexes nocifs, en luttant contre la crainte, née de l'ignorance, et aussi contre les contractions musculaires de défense obtenir une diminution des douleurs de l'accouchement.

Dick RÉAD conseille donc d'éduquer les femmes enceintes au cours même de la grossesse; il leur fait donner au cours d'entretiens libres et confiants les notions anatomiques et physiologiques nécessaires pour comprendre les phénomènes de la parturition et en suivre les progrès au cours de son déroulement. En même temps il fait appel à la sensibilité et aux facultés émotives de la jeune femme en lui parlant de l'enfant qu'elle porte et de la joie qui suivra la naissance, joie et fierté pour elle, son mari, sa famille; il lui rappelle aussi qu'aucune joie ne s'obtient sans quelque peine et qu'elle doit se préparer à l'accouchement tout comme si elle se préparait à une épreuve sportive, laquelle pour ce qui est du cas présent va, à coup sûr, se terminer par une victoire.

Une préparation physique progressive sera donc systématiquement conduite au cours de la gestation : renforcement de l'action de certains groupes musculaires, assouplissement de certains autres, répétition à l'avance d'efforts expulsifs accomplis dans la position la plus favorable. En même temps seront réglés divers exercices respiratoires qui augmentent la capacité vitale et des démonstrations seront faites lui montrant l'utilité de la relaxation : relâchement volontaire de tous les muscles et plus particulièrement des muscles périnéaux; relaxation particulièrement utile qui, d'une part, procurera à la parturiente un repos complet dans l'intervalle des contractions et, d'autre part, favorisera, au cours de la période d'expulsion, la progression du mobile fœtal.

En résumé, Dick RÉAD par une propagande bien conduite et l'exaltation de sentiments idéalistes et de compétition sportive, grâce à une éducation appropriée, grâce à une gymnastique rationnelle progressivement dirigée, obtient des résultats favorables et parvient chez la femme convenablement préparée, à dissocier plus ou moins complètement le phénomène physique correspondant à la contraction utérine du phénomène psychique associé à la perception des contractions douloureuses, phénomène psychique pathologique lié à un réflexe défavorable, né de la crainte, laquelle crainte est actuellement injustifiée.

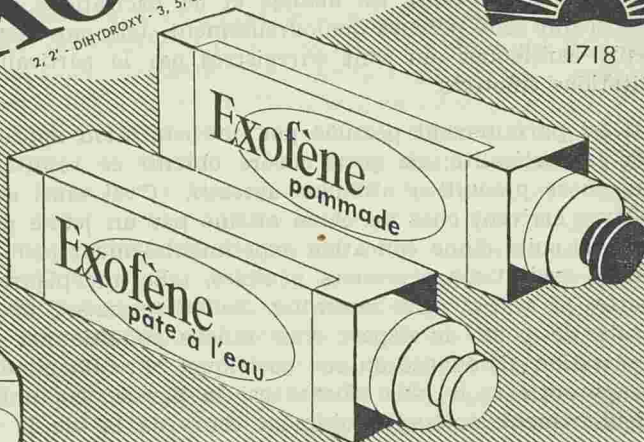
Les accoucheurs soviétiques ont donné aux méthodes de préparation à l'accouchement une base physiologique pavlovienne, il ne faut du reste pas oublier que D. RÉAD lui-même faisait dans son premier mémoire intervenir la notion de réflexe conditionné et, dès 1953, se référait aux travaux de PAVLOW. Dans la pratique d'ailleurs, les méthodes préparatoires de RÉAD et celles conseillées par NICOLAËW diffèrent assez peu, mais ce qui apparaît comme caractéristique dans les publications soviétiques c'est l'absence de tout appel à la sensibilité émotive et, en contre-partie, l'étude approfondie et l'exposé détaillé, aux femmes enceintes, du mécanisme psychique à base expérimentale pavlovienne qui préside à la genèse des réflexes conditionnés défavorables et favorables que l'on va détruire ou au contraire solliciter au cours des séances préparatoires à l'accouchement.



# ANTIBIOTIQUE DERMATOLOGIQUE DE SYNTHÈSE

# Exofène

2, 2' - DIHYDROXY - 3, 5, 6, 3', 5', 6' - HEXACHLORODIPHÉNYLMÉTHANE



**NOUVEAU**

*Efficacité des antibiotiques fongiques  
sans risques d'eczématisation ni  
de sensibilisation*

LABORATOIRES MIDY, 67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17<sup>e</sup>

AGENTS DÉPOSITAIRES : SOCIÉTÉ SPÉCIMEDHY, 37, RUE D'ISLY, TUNIS

DRAGER

PAVLOW a soutenu qu'il existe dans la corticalité cérébrale, à côté de l'image grandiose du monde extérieur, une large représentation du monde intérieur, c'est-à-dire la perception de l'état et du fonctionnement d'une multitude d'organes et de tissus; c'est dans le domaine des réactions réciproques entre le cortex et les organes internes, plus particulièrement entre le cortex et l'appareil génital, qu'une action thérapeutique peut être organisée avec succès.

Les sensations douloureuses d'origine viscérale montent jusqu'à la corticalité cérébrale. or une corticalité active et forte est parfaitement capable d'écarter certaines perceptions en élevant le seuil de l'excitabilité nerveuse et de la sorte en maintenant ces excitations d'origine interne dans la sous-corticalité; il en résulte que ces excitations désagréables ou pénibles peuvent ne pas être enregistrées si le cortex est vigilant et fort. Dans le cas contraire, chez certaines femmes nerveuses et craintives par tempérament, ou momentanément déprimées, le seuil de l'excitation nerveuse est abaissé et les excitations à point de départ viscéral sont perçues douloureusement, tels par exemple, les battements cardiaques qui sont enregistrés par la corticalité en cas de palpitations émotives.

Il est parfaitement possible par une éducation appropriée de renforcer la corticalité; on peut encore obtenir ce résultat au moment même où se produit ce stimulus agressif. C'est ainsi que PAVLOW et ses élèves arrivent chez un chien affamé par un jeûne prolongé à obtenir, à la suite d'une éducation expérimentalement bien conduite, que certaines excitations agressives pénibles, telle une piqûre profonde de la patte, ne soient pas ressenties douloureusement, mais soient au contraire le point de départ d'un réflexe conditionnel aboutissant à une sécrétion abondante du suc gastrique; chez l'homme, l'excitant le plus approprié et le plus efficace est la parole, excitant conditionnel particulièrement puissant puisqu'au cours de la vie la parole est le plus souvent étroitement combinée aux diverses formes d'excitations qui parviennent au cortex.

Ce sont ces notions qui président à la mise en œuvre des méthodes psycho-prophylactiques soviétiques, les accoucheurs russes accordant, et c'est ce qui dans la pratique les sépare quelque peu de RÉAD, plus d'importance à la psychothérapie qu'à la préparation physique, ou du moins ne s'intéressant à la gymnastique préparatoire que dans la mesure où ils la considèrent comme un moyen d'action psychique, un support commode et efficace à la psychothérapie. Ainsi que l'écrit NICOLAIEW, les moyens à mettre en œuvre sont les suivants :

- Rétablissement des rapports normaux entre cortex et sous-corticalité;
- Augmentation de la force des processus nerveux propres au cortex;



- Suppression des émotions négatives, en particulier de la crainte, et extinction des réflexes conditionnels défavorables.

On doit donc, en pratique, obtenir la suppression des douleurs qui accompagnent l'accouchement eutocique, et chez les sujets mentalement sains, à l'aide d'une psychothérapie bien conduite qui aboutit à supprimer les réflexes conditionnés défavorables et à créer de nouveaux réflexes conditionnés bénéfiques.

La suppression des réflexes défavorables s'obtient par la répétition de séances éducatives : notions d'anatomie et de physiologie simples mais rigoureusement exactes; lecture de statistiques favorables prouvant que l'accouchement normal est actuellement sans risque; visite de Maternités bien équipées matériellement et dont le personnel est connu pour sa compétence; présentations de films bien choisis.

La création de réflexes conditionnés favorables peut, elle aussi, être obtenue par une éducation active, capable de créer une sorte de transfert dans la perception de sensations douloureuses, perception que l'on peut arriver à rendre, sinon agréables, du moins indifférentes. C'est ici qu'il faut revenir à l'expérience de PAVLOW déjà citée plus haut : un chien sécrète du suc gastrique lorsqu'on lui fait sentir un morceau de viande; cette sécrétion se produit même si, au même moment, on lui pique une patte. Après un certain nombre de répétitions, et à condition que le chien soit en état de jeûne prolongé, la piqure de la patte, en dehors de toute présentation d'aliments, suffit à déterminer la sécrétion du suc gastrique; cela prouve qu'une excitation désagréable a pu, grâce à une éducation soigneuse, être transformée en une sensation d'ordre olfactif avec appétence, habituellement liée à la présentation de la nourriture. Il faut ajouter que si nos collègues russes tirent à juste raison des conclusions optimistes d'une telle expérience, PAVLOW et ses élèves disent bien que cette expérience de transfert ne réussit que si le chien est réellement affamé, la faim étant chez l'animal un excitant conditionnel extrêmement puissant; on peut donc soutenir que la transformation, par l'éducation expérimentalement rigoureuse, d'une excitation désagréable en sensation agréable ou indifférente, n'est possible que si cette excitation douloureuse reste modérée ou encore si l'excitant conditionnel est réellement très puissant; il faut alors se demander si chez la femme l'éducation préalable et la parole au cours du travail, peuvent jouer efficacement le rôle dévolu à la faim extrême chez le chien de PAVLOW. Cette remarque est intéressante car elle explique que si un grand nombre de femmes bien préparées, arrivent bien à refouler dans la sous-corticalité les sensations douloureuses durant les premières heures de l'accouchement, il en est tout autrement vers la fin de la période de dilatation, à un moment où les incitations douloureuses, liées aux fortes contractions utérines, sont trop intenses pour qu'il soit possible à la parturiente de les transférer intégralement.



Quoi qu'il en soit, NICOLAIEW accorde au cours des séances préparatoires la première place à l'action psychothérapique avec répétition au cours de la grossesse de leçons au cours desquelles sont expliqués aux femmes enceintes, non seulement le mécanisme physiologique de l'accouchement, mais encore la question plus complexe du mécanisme psychique qui préside à la formation des réflexes conditionnés. Les accoucheurs russes utilisent, eux aussi, certains mouvements de gymnastique préparatoire à l'accouchement, mais considèrent la psychothérapie comme plus importante que la physiothérapie, la préparation physique leur apparaissant comme un moyen commode et indirect d'action sur la corticalité cérébrale du fait de la confiance qu'accordent les femmes à une kinésithérapie dont l'intérêt direct n'apparaît à NICOLAIEW que comme relativement accessoire.

\*  
\* \*

A la Clinique Obstétricale les primigestes sont recensées aux consultations prénatales à partir du sixième mois. Une Assistante Sociale leur remet une Note imprimée, indiquant sommairement la méthode, et convoque les jeunes femmes aux séances préparatoires : 6 à 8 séances d'une durée d'une heure, à raison d'une par semaine, au cours des deux derniers mois de la gestation.

Une fiche, portant un numéro d'ordre, est établie aussitôt, enregistrant les résultats d'une enquête psychologique conduite par les Assistantes Sociales dans des conditions de discrétion garantie; la deuxième partie de la fiche est destinée à recevoir au fur et à mesure des consultations les renseignements et les données numériques enregistrés au cours de l'entraînement physique; cette fiche est sous le contrôle de l'Assistante de physiothérapie. Cette fiche reste jointe à l'observation et suivra la primigeste.

Nous ne convoquons pas systématiquement les multipares, mais celles qui le désirent sont libres de se faire inscrire et de suivre les séances préparatoires. Ajoutons que l'Administration des Hospices dispense toutes les femmes qui viennent aux consultations préparatoires de toute formalité administrative.

Le climat de confiance dans les méthodes de préparation psycho-physiothérapique à l'accouchement est étendu systématiquement à toutes les activités du Service et tout le personnel agit dans ce sens, tout particulièrement au moment des consultations. C'est à l'occasion de ces consultations qu'est présenté aux femmes enceintes un film d'éducation prénatale. Ce film sonore et en couleurs, réalisé à la Clinique Obstétricale (A. NOTTER, F. CHARVET et E. DUVIVIER), met tout à fait à la portée d'un public non médical des notions simples d'anatomie et de physiologie se rapportant à la grossesse et à l'accouchement; il montre les étapes de la préparation psycho-physiothérapique et le dé-

# THIACYL

(SUCCINYLSULFATHIAZOL)

SULFAMIDE A ORIENTATION INTESTINALE



*Toutes infections intestinales  
Colibacillose urinaire  
Préparation  
aux interventions coliques*



# THIACYL AU CAROUBE

(SUCCINYLSULFATHIAZOL + FARINE DE CAROUBE)



*Toutes diarrhées aiguës  
Diarrhées chroniques*

98, RUE DE SÈVRES - PARIS (VII<sup>e</sup>)

THERAPLIX

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet



roulement d'un accouchement naturel. La projection de ce film est très appréciée par les femmes qui, non seulement se familiarisent ainsi avec l'idée de leur futur accouchement, mais encore trouvent dans ce film des conseils judicieux quant à l'hygiène de la grossesse et au comportement général des femmes en fin de gestation.

Dans le Service, les séances ont lieu tous les jours à 14 h. 30. Douze femmes sont convoquées chaque jour, ce qui correspond à 9 à 10 femmes présentes; les séances préparatoires ont lieu dans un local gai et bien éclairé qui a été décoré de très nombreux agrandissements photographiques (E. DEMILLY), qui représentent les différents aspects du Service et reproduisent d'une manière heureuse l'image de femmes accouchées et de leurs enfants. Cette représentation très large du Service et des salles d'accouchées, supplée dans une certaine mesure à la visite de la Maternité, ce qui nous paraît impossible à réaliser dans un grand Service d'Obstétrique.

Dans le local de consultations, sont disposés des matelas et des coussins en caoutchouc mousse recouverts de matière plastique, relativement confortables et faciles à entretenir. Les femmes enceintes, avec leur short et leur soutien-gorge, peuvent donc dans de bonnes conditions accomplir certains exercices physiques conseillés.

Chaque séance débute par une petite conférence de 10 à 15 minutes, faite par une sage-femme dont la leçon a été soigneusement répétée à l'avance sous le contrôle des Chefs de Service. Les sages-femmes chargées de ces leçons changent à tour de rôle, de telle manière que les femmes suivant régulièrement les séances préparatoires puissent faire la connaissance de toutes les sages-femmes des salles de travail.

Chaque leçon comporte un court exposé technique montrant successivement au cours des six séances :

- 1° l'intérêt de la préparation qui améliore les conditions physiques et le fonctionnement musculaire en réalisant une sorte d'entraînement sportif;
- 2° quelques notions simples d'obstétrique courante : position du fœtus in utero, mécanisme des contractions utérines et leur influence sur la dilatation, le mécanisme de l'expulsion et la part active que peut prendre une femme bien préparée;
- 3° le mécanisme nerveux enregistrant les sensations liées aux contractions utérines et la mauvaise influence à ce moment d'un tempérament nerveux et d'émotions illégitimes;
- 4° le mécanisme des réflexes conditionnés et l'intérêt du calme et de la confiance et aussi des leçons préparatoires permettant de conditionner des réflexes favorables;
- 5° la nécessité des examens au cours de l'accouchement, la manière dont les malades sont suivies pendant le travail l'utilisation



de certaines injections médicamenteuses et aussi la pratique de l'oxygénothérapie,

6° l'utilité de certains changements de position au cours du travail, de certains rythmes respiratoires particuliers et aussi d'une bonne relaxation dans l'intervalle des contractions.

Après chacune de ces leçons d'éducation obstétricale et de formation psychologique, commence la préparation physique dirigée par une kinésithérapeute qualifiée assistée par la sage-femme qui a fait la leçon du début.

Les femmes enceintes sont partagées en deux groupes de 4 à 5 personnes.

Le premier groupe commence par des exercices de physiothérapie respiratoire, dont les résultats sont aussitôt notés sur la fiche individuelle; sous la direction de la sage-femme, elles s'entraînent aux exercices suivants :

a) **Spirométrie**, à l'aide du spiromètre à eau C.A.R. dont chaque gestante peut faire facilement la lecture des graduations, suivant ainsi, de séance en séance, les progrès de sa capacité respiratoire. Dans l'intervalle de la mesure spirométrique, on apprend aux femmes à exécuter des mouvements respiratoires amples et profonds, correspondant à une respiration totale abdominale et thoracique.

b) **Entraînement à l'apnée volontaire**. — Les femmes apprennent à retenir leur respiration après inspiration forcée, sans qu'en aucun cas cette période d'apnée puisse dépasser 45 secondes; dans l'intervalle de ces mouvements, on apprend aux femmes à pratiquer la respiration haletante; celle-ci réalise une sorte d'apnée active puisque la respiration est alors presque uniquement bronchique.

c) **Entraînement au port du masque à oxygène**. — On utilise le masque étanche en plexi-glass de BINET et BOCHET. Cet exercice a pour effet de supprimer le réflexe de crainte lorsqu'au cours du travail on commence l'oxygénothérapie.

Le deuxième groupe, pendant ce temps, sous la direction de l'Assistante de Kinésithérapie, pratique des exercices d'entraînement. Toutes les femmes exécutent des mouvements d'assouplissement des membres inférieurs, des articulations pelviennes et des muscles périnéaux; on agit aussi par des mouvements appropriés sur la souplesse de la colonne vertébrale.

Pour celles des femmes qui sont à moins de 15 jours de leur terme et qui ont suivi déjà quatre séances d'entraînement, la kinésithérapeute dirige des mouvements d'expulsion: on fait exécuter aux femmes les mouvements mêmes qu'elles auront à exécuter pour aider à la naissance de leur enfant: position de la taille, contraction des muscles abdominaux avec blocage diaphragmatique.

≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090

Après un quart d'heure, les deux groupes alternent dans l'exécution des exercices précités, si bien qu'au bout d'une demi-heure la partie active de la préparation physio-thérapique est terminée et qu'il reste un quart d'heure pour la partie passive : toutes les femmes sont étendues sur des matelas en caoutchouc mousse et la kinésithérapeute et la sage-femme dirigent une séance de relaxation, séance de relaxation active qui, pour certaines des femmes préparées, aboutit à une courte période de sommeil réel. Il faut ajouter que les séances sont régulièrement suivies par les femmes et que des liens affectifs se créent au cours des séances entre kinésithérapeute, sage-femme et femmes enceintes.

La femme préparée doit être accueillie à la Maternité au début du travail dans l'esprit de la méthode psycho-prophylactique. Il est essentiel que le personnel chargé de la réception soit éduqué dans ce sens et on peut penser qu'une faute de psychologie à ce moment, peut avoir une importance particulièrement sérieuse; en pratique à la Clinique Obstétricale, les femmes qui arrivent connaissent déjà le plus souvent les sages-femmes du Service. Nous ne possédons pas de locaux isolés permettant de surveiller très simplement le début du travail et nous sommes obligés de mettre directement nos malades dans les salles d'accouchement. L'isolement que nous pouvons ainsi réaliser n'est pas parfait et l'Administration des Hospices doit faire exécuter une séparation absolue des salles de travail avec insonorisation. Du fait de l'éducation des stagiaires de 6<sup>e</sup> année et des élèves sages-femmes de 3<sup>e</sup> année, une présence constante est assurée auprès des femmes dans les salles de travail. Dès l'arrivée des malades, nous entreprenons la direction du travail, direction qui doit être comprise de la manière suivante : association des méthodes d'accouchement dirigé, telles qu'elles sont codifiées à la Clinique Obstétricale depuis de nombreuses années, et de la méthode psycho-physiothérapique poursuivie au cours de l'accouchement; nous y associons en outre, l'emploi judicieux des moyens d'analgésie obstétricale.

a) **Accouchement dirigé.** — Dès leur arrivée, à condition que le travail soit réellement commencé et si les sensations qui l'accompagnent sont douloureuses, nous pratiquons deux injections intra-musculaires de spasmalgine à une demi-heure d'intervalle; dans certains cas, où malgré la préparation les femmes accusent des douleurs sacro-lombaires permanentes et pénibles, tout étant normal par ailleurs, nous injectons le contenu d'une ampoule de spasmalgine par voie intra-veineuse. Lorsque la dilatation atteint 4 ou 5 cm, nous pratiquons la rupture des membranes et le cas échéant, si la malade a l'air de souffrir, nous utilisons à ce stade l'ocyto-nargénol; en fin de dilatation, si l'accouchement est un peu ralenti, nous utilisons volontiers l'hypophyse à petites doses : injection intra-musculaire de 2 u, ou dans quelques cas assez exceptionnels, perfusion de post-hypophyse.



b) **Méthode psycho-physiothérapique appliquée au cours du travail.** — Dès que la malade est installée dans son lit d'accouchement, nous cherchons en collaboration avec elle, à lui faire adopter l'attitude la plus favorable à son confort, attitude qui dans certains cas est efficace contre les douleurs lombaires :

soit position dorsale avec flexion des cuisses;

soit position latérale avec flexion des jambes;

soit enfin, position assise au bord du lit avec point d'appui confortable des pieds sur un support, flexion du tronc en avant, les coudes reposant sur les genoux.

Ensuite, tout en l'encourageant, on lui rappelle les instructions qui lui ont été données au cours des séances préparatoires et on lui rappelle la nécessité d'adopter un rythme respiratoire particulier :

a) au moment des contractions courtes du début, apnée en inspiration;

b) au moment des contractions longues et plus désagréables de la fin de la période de dilatation, respiration haletante qu'il ne faut jamais faire commencer trop précocement pour ne pas fatiguer inutilement la parturiente;

c) dans l'intervalle des contractions, on surveillera la relaxation et l'on insistera sur sa nécessité.

Au cours de la période d'expulsion, on surveillera le confort de la parturiente; on peut utiliser un gynécostat bien construit ou faire maintenir dans une position convenable les jambes de la malade par des aides qualifiés; cette dernière formule est très favorable à l'enseignement, permettant à trois stagiaires de s'intéresser à l'expulsion et au dégagement.

Au cours de l'expulsion, on conseille à la femme d'adopter un rythme respiratoire ample et profond dans l'intervalle des contractions et au contraire, à ce moment, elle utilisera au maximum ses possibilités d'apnée en inspiration profonde; au moment du dégagement, elle reprendra pour quelques instants une apnée active réalisée par la respiration haletante.

Les modifications du rythme respiratoire et le fait aussi que la malade poussant très bien, très docilement et sans souffrance apparente, font que l'on a tendance à prolonger quelquefois la période d'expulsion : il peut exister de ce fait un certain degré d'anoxie fœtale; aussi pendant toute la durée de l'expulsion est-il utile de pratiquer une oxygénothérapie continue ou quelquefois intermittente, à condition de régler le débit/minute à 8 litres par minute; il faut, en effet, si l'on veut avoir une action efficace, réaliser une concentration d'oxygène d'au moins 60 % dans le masque de BINET et BOCHET.

Ajoutons enfin que, tout au long du travail, les examens gynécologiques sont pratiquement réalisés toutes les deux heures et que le

HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
"ROCHE"

9 = 1  
*vitamines* . *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).*

*Au delà de 2 ans : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.*

*Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).*

PRODUITS "ROCHE" S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4<sup>e</sup>

résultat, quant à la progression du travail, en est exactement communiqué à la parturiente : un graphique de dilatation est établi qui lui est montré et commenté devant elle.

c) **Analgésie Obstétricale.** — Dans d'assez nombreux cas, malgré la préparation bien suivie, malgré l'accueil amical, la surveillance active du travail, la mise en œuvre de procédés d'accouchement dirigé, les malades souffrent réellement et il faut adjoindre, dans ces cas-là, aux procédés énumérés plus haut, l'action de moyens d'analgésie obstétricale curative : Dolosal, Ocyto-Nargénol et surtout infiltration du sympathique lombaire. Les infiltrations du sympathique lombaire nous rendent service à deux moments : d'abord au début du travail, chez les femmes présentant des douleurs lombaires très pénibles, non calmées par la spasmalgine, et en fin de dilatation où, malgré le rythme respiratoire convenable, certaines sensations douloureuses restent réellement pénibles. Une infiltration nous assure une heure et demie de disparition des douleurs et son emploi dans le Service est très apprécié des parturientes, lorsque malgré la préparation convenable elles souffrent réellement

\*  
\* \*

Les résultats obtenus à la Clinique Obstétricale sont très satisfaisants et la méthode psycho-physiothérapique prophylactique, bien entendu associée à la pratique de l'accouchement dirigé et à certains moyens d'analgésie obstétricale curative, nous a donné chez 85 % de primigestes d'excellents accouchements simples, rapides et peu douloureux. Plusieurs faits doivent être soulignés :

1° Beaucoup de primigestes arrivent à la Maternité alors que la dilatation est déjà très avancée. Cela prouve l'efficacité de la méthode qui entraîne une importante diminution des sensations douloureuses et supprime la crainte, laquelle crainte précipite dans le Service les primigestes non préparées dès l'apparition des premières contractions perceptibles.

2° Nous n'avons jamais vu de femme préparée ne pas souffrir de façon assez pénible au moment où la dilatation du col atteint 7 à 8 cm. Cela veut dire que la méthode psycho-prophylactique perd de son efficacité au moment où les contractions utérines deviennent très énergiques; nous n'avons jamais observé d'accouchement réellement sans douleur.

3° Toutes les primigestes préparées ont une excellente période d'expulsion et le nombre des applications de forceps a diminué de 50 %.

Nous sommes donc extrêmement satisfaits des résultats obtenus; mais ceci dit, il faut reconnaître que la méthode psycho-physiothéra-



pique prophylactique a été instituée à un moment favorable, bénéficiant du perfectionnement des méthodes obstétricales, de l'organisation très améliorée et presque parfaite des grands Centres obstétricaux, de la disparition des accouchements dystociques terminés par voie basse, des embryotomies, des infections puerpérales. Il y a 30 ans la fréquence encore grande des accidents obstétricaux aurait voué la méthode à un échec complet; en contre-partie, on est autorisé à dire qu'actuellement les accouchements simples et peu douloureux créent une ambiance favorable, contribuant à la disparition des réflexes conditionnés nocifs; dans une grande mesure, le bon accouchement d'aujourd'hui postule le meilleur accouchement de demain.

En conclusions générales, l'expression « Accouchement sans douleurs » doit être rejetée comme ne correspondant pas aux faits observés: la disparition complète des douleurs de l'accouchement ne peut être obtenue que par une anesthésie générale ou locale, encore peut-être au moyen de l'hypnose. Ceci dit, la méthode psycho-physiothérapique est une acquisition extrêmement utile qui nous a rendu un grand service; associée à l'accouchement dirigé et, au besoin, complétée par l'emploi judicieux de certains procédés d'analgésie curative, elle a pratiquement supprimé les douleurs de type pathologique et considérablement diminué la fréquence des hypertonies utérines avec spasmes du col et du segment inférieur. On peut affirmer que grâce à elle on peut obtenir presque toujours chez les multipares et dans 85 % des cas chez les primigestes, un accouchement simple, relativement rapide, de type physiologique et à douleurs atténuées et cela au bénéfice de la mère, mais aussi au grand bénéfice de l'enfant dont les risques de souffrance et de mort ont certainement diminué grâce à la préparation de la mère à l'accouchement naturel.

**SYMPATHYL**  
RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

3 à 8 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - TUNIS



R. DACOSTA ÉDIT.

**CALCIUM CORBIÈRE BUYABLE**  
**VITAMINÉ "FORT" C500. D. PP**

REMBOURSÉ S. S.

TUNISIE — M. H. BONAN — 34. Rue de Marseille — TUNIS

## Néphropathies gravidiques et éclampsie

### Données pathogéniques et thérapeutiques

par M. Henri PIGEAU,

Professeur de Clinique Obstétricale — Lyon

—o—

Nous abordons l'étude d'un problème dont la solution définitive n'a pas été trouvée; mais pour ceux qui, comme nous, se sont particulièrement attachés au mécanisme pathogénique et à la thérapeutique de ces dangereuses maladies gravidiques, il est aujourd'hui agréable de constater que l'on est en mesure de faire état de progrès intéressants. Il est en effet légitime d'annoncer sans réserves les résultats heureux obtenus de l'emploi de médicaments neuro et ganglioplégiques qui en permettant d'agir, provisoirement du moins, sur le symptôme hypertension, nous autorisent le plus souvent à laisser évoluer la gestation sans risques sérieux pour la mère, jusqu'au moment où le fœtus étant suffisamment mûr, il devient possible de le faire naître et de le protéger ainsi contre les risques graves que lui font courir la persistance ou les progrès du déséquilibre gravidique maternel.

Après le rappel de certaines définitions, l'on examinera d'un point de vue actuel le mécanisme pathogénique, puis le traitement des néphropathies gravidiques et de l'éclampsie.

#### DEFINITION

Nous avons proposé d'utiliser le terme « Dysgravidie » pour qualifier dans leur ensemble toute une série de syndromes pathologiques que l'on peut observer au cours du troisième trimestre de la gestation, chez des femmes, jusque-là bien portantes, et exemptes de toute affection rénale.

Assez souvent, le symptôme « Albuminurie » fait défaut et la maladie consiste essentiellement, du point de vue clinique, en une prise de poids exagérée avec œdèmes ou encore dans l'apparition de modifications tensionnelles. Ce sont là des formes mineures qui se compliquent rarement si elles sont dépistées en temps utile et correctement soignées.

Plus souvent peut-être, le symptôme « Albuminurie » apparaît d'emblée ou secondairement, en pratique toujours associé à une élévation tensionnelle plus ou moins marquée mais qui, lorsqu'elle est importante, apparaît comme l'élément essentiel du tableau clinique; il s'agit alors de formes particulières de dysgravidie pour lesquelles nous utilisons l'expression « Néphropathie Gravidique »



En principe, quelle que soit la forme clinique envisagée, la dysgravidie, traitée correctement, ne doit plus se compliquer dangereusement pour la mère. Cependant, malgré les soins les plus judicieux, il arrive que les symptômes cardinaux ne s'amendent pas et au contraire se précisent dans un sens défavorable; on peut réserver à de tels faits le terme d'Eclampsie qui se trouve ainsi caractériser une aggravation lente ou rapide des signes de la maladie gravidique chez une femme bien surveillée, aggravation qui peut aboutir à la constitution du syndrome pré-éclamptique classique.

Quant à l'éclampsie elle-même, elle est réalisée au moment où apparaissent des crises convulsives typiques suivies de coma, crises convulsives qui peuvent se répéter suivant une durée et une périodicité absolument impossible à préciser lors d'un premier examen. On doit bien entendu écarter du cadre de l'éclampsie vraie toute une série de fausses éclampsies : épilepsie, tumeurs cérébrales, méningites, convulsions urémiques aboutissant terminal d'une néphrite chronique compliquée de gestation.

Il faut enfin dans ce paragraphe introductif, et à propos des définitions, rappeler que les enfants de femmes atteintes de néphropathie gravidique ne sont pas des enfants malades, ne sont pas victimes d'une intoxication ou d'un poison gravidique hypothétique, mais sont des enfants inanitiés et en état d'hypoxie, qui meurent in utero si les troubles circulatoires utéro-placentaires sont tels que l'apport nutritif tombe au-dessous d'un taux limite; si au contraire ces enfants naissent vivants et suffisamment mûrs, ils s'élèvent particulièrement bien et, même si leur poids est faible à la naissance, ne se ressentent ultérieurement en aucune façon de la maladie maternelle.

### DONNÉES PATHOGENIQUES

Nous serons bref et résumerons simplement une partie du Rapport que nous avons présenté au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, en septembre dernier, à Bruxelles. Ce Rapport avait trait exclusivement aux Néphropathies Gravidiques; nous y ajouterons un paragraphe traitant de la pathogénie des crises convulsives.

a) **Les Néphropathies Gravidiques.** — De l'observation clinique et biologique des femmes enceintes atteintes de néphropathies gravidiques, ressortent un certain nombre de faits précis dont la réalité est généralement admise : existence certaine de troubles neuro-végétatifs, sans doute d'origine centrale, troubles métaboliques divers avec, en particulier, rétention d'eau et perturbations enzymatiques; élévation de la teneur sérique en hormones gonadotropes et variations du taux urinaire des hormones stéroïdes paraissant témoigner d'un dysfonctionnement placentaire et surrénal; passage dans le sang d'une vasopressine d'origine rénale, passage traduisant l'existence de spasmes

artériolaires associés ou non à un shunt responsable de l'ischémie corticale; troubles circulatoires généralisés, ou localisés à l'utérus, avec ralentissement de la circulation dans les lacs sanguins, hypoxie corrélative du tissu chorial, et passage dans les humeurs de protéines toxiques capables à leur tour de jouer un rôle dans le dysfonctionnement rénal (shunt de défense ou réflexe utéro-rénal). L'intérêt présenté par ces faits est considérable; les reconnaître comme importants ne donne cependant pas la solution du problème posé par l'étude de la genèse des modifications tensionnelles qui accompagnent toujours les formes sévères des toxicoses; la valeur réciproque, la hiérarchie des facteurs pathogéniques et l'interdépendance des faits pathologiques restent donc en discussion.

Du point de vue physio-pathologique, il semble bien que l'essentiel de la maladie réside dans l'existence de troubles circulatoires avec spasmes vasculaires et ischémie. On ne répète pas une énumération de faits probants actuellement bien connus; on rappelle simplement le résultat des examens de fond d'œil et aussi le caractère même de certaines manifestations hypertensives, tout à fait caractéristiques. L'existence de ces spasmes vasculaires permet d'expliquer la genèse des manifestations symptomatiques : localisés au rein, ils entraînent l'apparition d'albuminurie et aussi une ischémie de la corticalité avec hypertension du type Goldblatt et jouent sans doute un rôle dans le mécanisme de la rétention hydrique avec œdèmes apparents ou cachés; au niveau du foie et des diverses glandes à sécrétion interne ou externe, ils interviennent dans le dérèglement des activités cellulaires qui conditionnent les perturbations humorales (troubles hormonaux et métaboliques); au niveau du système nerveux central, ils induisent certains désordres graves caractéristiques de l'éclampsie et aussi, à l'occasion de paroxysmes mineurs, ces aphasies amauroses, paralysies transitoires que depuis les premières communications de FRUHNHOLZ on commence à bien connaître; au niveau de l'utérus enfin, ils déterminent un ralentissement de la circulation dans les lacs sanguins, une ischémie utéro-placentaire relative, avec hypoxie villositaire et passage secondaire possible de protéines toxiques dans le milieu intérieur, ce sont ceux qui entraînent la souffrance, par inanition et hypoxie progressive, du fœtus in utero.

Ces modifications circulatoires avec spasmes artériolaires et capillaires sont la conséquence de modifications pathologiques neuro-végétatives ou humorales. Il est difficile de dire dans quelle mesure troubles humoraux et troubles nerveux se commandent ou s'associent chez des femmes malades, mais il est légitime de croire que ce sont, en réalité, les perturbations endocriniennes qui induisent les perturbations neuro-végétatives, sans qu'il soit possible toutefois de nier l'action directe de facteurs humoraux sur les épithéliums vasculaires et les filets nerveux terminaux.

Pour expliquer l'origine du déséquilibre endocrinien, dont les pro-

**dragées de chlorhydrate de Tétracycline**

à 0,25 g

**comprimés de chlorhydrate de Tétracycline**

à 0,10 g

**poudre de chlorhydrate de Tétracycline**

à 4%

PRODUIT SOUS CACHET

**DIAMANT**



PAROULÉ

Remboursé par la Sécurité Sociale - Admis aux Collectivités, Hôpitaux, AMC

SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE 67, boulevard Haussmann Paris 8<sup>e</sup> - ANJ. 46-30

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS



grès de l'endocrinologie gravidique nous permettent maintenant d'envisager le degré et l'étendue, nous avons émis l'hypothèse suivante : l'équilibre physiologique qui caractérise l'état de grossesse chez la femme bien portante est habituellement parfaitement maintenu jusqu'au septième mois de la gestation. A partir de ce moment, il commence à se modifier, à se détruire progressivement et cette disparition lente et progressive de tous les facteurs internes commandant le maintien et la vie de l'œuf in utero, arrivé bientôt à un certain degré, à un certain niveau, qui commande l'accouchement. Cet accouchement ne doit donc pas être considéré comme étant le point de départ de la disparition des édifications gravidiques, mais bien comme un témoignage de cette désintégration progressive, laquelle débutant plusieurs semaines avant l'expulsion de l'œuf et la commandant étroitement, va se poursuivre après la délivrance, jusqu'au moment où l'organisme maternel aura retrouvé son équilibre physiologique non gravidique, tel qu'il existait avant la fécondation.

La naissance de l'enfant semble donc impérieusement commandée par des modifications humorales qui, progressivement, la préparent au cours des dernières semaines de la gestation et c'est dans le placenta, le corps jaune gravidique, peut-être aussi dans la dégénérescence du tissu décidual utérin, qu'il faut voir le complexe déterminant de ces modifications biologiques des deux derniers mois, période au cours de laquelle les différents parenchymes sécrétoires fixes (on emploie ce mot « fixe » par opposition à l'évolution transitoire cyclique du placenta, du corps jaune et du tissu myométrial) voient réduire progressivement et harmonieusement dans le cas habituel, leur coefficient de suractivité fonctionnel imposé jusque-là par l'état de gestation.

Mais cette disparition équilibrée des édifications gravidiques peut être troublée dans la coordination des phénomènes et dans la hiérarchie des facteurs; dans ce cas la dislocation prématuré ou anormalement poursuivie de l'état gravidique va entraîner, en même temps que des modifications métaboliques variables, des perturbations endocriniennes. Ces troubles endocriniens, tout à fait variables suivant les individus, et dont le *primum movens* doit bien souvent être recherché dans une anomalie placentaire, déterminent à leur tour des troubles neurovégétatifs et circulatoires avec spasmes vasculaires de topographie variable, lesquels constituent l'élément commun de la maladie gravidique dans ses diverses formes cliniques. Que dans certains cas d'infantilisme utérin relatif, un dérèglement circulatoire local avec ischémie placentaire soit à l'origine de la maladie, cela est possible et on a déjà insisté sur la diversité des facteurs de dérèglement initial susceptibles d'enclencher la maladie gravidique; mais il s'agit certainement là de faits assez rarement rencontrés et il semble bien que, le plus souvent, ce soient en réalité des perturbations humorales à point de départ endocrinien qui commandent le trouble pathologique initial et l'évolution de la dysgravidie.

b) **Pathogénie des crises convulsives** — **Leurs conséquences physiopathologiques.** — On vient d'exposer d'une façon très générale la pathogénie des Néphropathies Gravidiques, syndrome fonctionnel susceptible d'aboutir à la pré-éclampsie et à l'éclampsie; mais les convulsions éclamptiques s'observent aussi chez des femmes atteintes de néphrites chroniques ou encore d'hypertensions essentielles aggravées en fin de grossesse; remarquons cependant que dans ces cas l'aggravation de la maladie antérieure à la gestation, au cours des semaines précédant l'accouchement, n'est peut-être que la conséquence d'un trouble fonctionnel surajouté, d'une véritable néphropathie gravidique dont l'apparition et l'évolution se trouvent commandées par l'existence d'une maladie rénale ou d'une hypertension préalable. Quoi qu'il en soit, l'éclampsie est caractérisée par l'apparition de crises convulsives suivies de coma; dans certains cas, chez une femme non suivie jusque-là, le diagnostic peut être difficile et il faut toujours penser à la possibilité d'une comitialité grave, d'une urémie ou encore d'une affection du système nerveux.

Les femmes enceintes éclamptiques se présentent à notre observation, du moins dans la région lyonnaise, dans deux circonstances différentes : les crises surviennent à domicile et la malade est alors amenée à la Maternité, et ici se pose la question de la réalité des éclampsies sans prodrome; d'autres fois, les crises surviennent chez des malades hospitalisées et surveillées, n'inquiétant pas particulièrement, et ici se pose le problème de la prédisposition de certaines femmes aux convulsions éclamptiques.

Le plus souvent la malade est amenée d'urgence dans le Service en état de coma éclamptique, de nouvelles crises peuvent naturellement se reproduire à la Maternité. Les parents de la malade et son médecin nous informent parfois de l'absence de tout prodrome précis, la malade examinée quelques jours plus tôt ne présentait pas d'albuminurie. Ces faits conduisent à se demander s'il existe vraiment des éclampsies éclatant brusquement sans manifestations cliniques ou biologiques prémonitoires. Bien que nous connaissions certaines observations curieuses, nous croyons que de tels faits sont exceptionnels; tantôt il s'agit d'erreur de diagnostic et l'évolution ultérieure d'une méningite ou d'une tumeur cérébrale vient corriger par la suite un premier diagnostic erroné; d'autres fois, l'interrogatoire de la malade après guérison, montre, qu'avant l'apparition des crises, existaient depuis quelques semaines des œdèmes, jugés sans importance en l'absence d'une albuminurie, ou encore que si les urines avaient bien été examinées, la tension n'avait pas été surveillée. On doit admettre cependant que la période de dysgravidie précédant l'apparition de l'éclampsie peut être courte et que tout peut aller très vite; il faut connaître aussi l'influence de facteurs déclanchants dont l'importance est capitale dans certaines observations : exposition au froid humide, gros écart de régime, intoxication alimentaire surajoutés à l'action du déséquilibre gravidique.



De toute façon, ces cas d'éclampsie survenant brusquement à domicile et apparemment comme une surprise clinique au cours d'une grossesse considérée jusque-là comme normale sont les plus graves.

D'autres fois, l'éclampsie éclate chez une femme atteinte de dysgravidie d'apparence banale, correctement surveillée et traitée comme telle; et cela s'observe justement chez des malades qui n'inquiètent pas beaucoup, alors que chez les gestantes atteintes de néphropathies gravidiques majeures et soignées énergiquement cela ne se rencontre jamais; citons par exemple, le cas récent d'une malade atteinte de néphropathie avec hypertension modérée, accouchée sans incident à 10 heures le matin et présentant le soir même, à 17 heures, un syndrome pré-éclamptique typique; citons encore l'observation d'une malade hospitalisée dans la soirée pour néphropathie gravidique banale, mise simplement à la diète hydrique et aux antispasmodiques en attendant une observation plus complète, et qui présenta dans la nuit une crise d'éclampsie. C'est à propos de semblables faits que se pose la question de l'existence de prédispositions individuelles aux convulsions éclamptiques.

Il semble bien en réalité que certaines femmes enceintes soient prédisposées aux convulsions. Marc RIVIÈRE, dans un article : « Epilepsie et éclampsie » (Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst., 1947) a rappelé que si l'éclampsie se différencie nettement de l'épilepsie-maladie : réponse d'un cerveau malade à une excitation faible et sans effet sur un système nerveux intact, elle se rapproche beaucoup de l'épilepsie-symptôme : réponse d'un cerveau sain à une excitation anormale. Entre le cerveau absolument intact et le système nerveux malade existent évidemment des cas intermédiaires et, du fait de l'action du déséquilibre gravidique pathologique, on comprend que certaines anomalies cérébrales, jusque-là inapparentes, puissent s'extérioriser sous l'action d'un facteur déclanchant habituellement sans effet. On doit rappeler aussi l'opinion de J. SUTTER, cité par H. EZÈS dans une conférence faite aux Journées Médicales de Bruxelles en 1948 : « La convulsion du type épileptique est une manifestation physio-pathologique générale du système nerveux. Elle n'est qu'une réaction de ce système, réaction préformée des structures motrices, susceptible de se manifester en dehors de toute atteinte anatomique de ces structures et par suite d'apparaître chez n'importe quel individu. L'individu normal est un convulsionnaire en puissance; il suffit de le soumettre à certaines agressions chimiques (absinthe, insuline, cardiazol, hyperpnée prolongée) ou physiques (électro-choc) pour voir se dérouler chez lui l'orage comitial le plus pur ».

On peut donc admettre que certaines excitations consécutives à un désordre circulatoire d'origine hormonale ou neuro-végétative, agissant sur un système nerveux dont le seuil d'excitabilité se trouve abaissé, soient capables d'entraîner l'apparition de crises convulsives. Dans de semblables circonstances le pronostic sera en principe moins sévère que dans les cas où l'éclampsie est la résultante d'excitations patholo-





Dans le traitement des  
**MALADIES INFECTIEUSES**  
**LES SULFAMIDES**  
seuls ou associés aux antibiotiques  
reprennent  
**UNE PLACE DE CHOIX**

## THIAZOMIDE

*Sulfathiazol*

Comprimés dosés à 0 g 50 (tubes de 20)

**Pneumococcies - Méningococcies - Streptococcies**  
**Staphylococcies - Gonococcies - Colibacilloses**

## SUMÉDINE

*Sulfamérazine*

Comprimés dosés à 0 g 50 (tubes de 25)

et son dérivé injectable

## SOLUMÉDINE

Ampoules de 5 ml de solution à 20 % (boîtes de 10)

Injections intramusculaires profondes ou intraveineuses lentes (après dilution)

**Traitement des infections graves**  
**Permet d'obtenir des sulfamidémies élevées**

## GANIDAN

*Sulfaguanidine*

Comprimés dosés à 0 g 50 (tubes de 20)

**Le sulfamide des infections intestinales**

★

Produits remboursables par la Sécurité Sociale

SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE

MARQUE  
**Specia**  
RHÔNE POULENC  
PARIS

INFORMATION MÉDICALE  
28, COURS ALBERT 1<sup>er</sup> - TEL. BAL. 10.70  
Boîte postale 490-08 - Paris 8<sup>e</sup>

Théo BRUGIÈRE

giques extrêmement fortes exerçant leur action sur un système nerveux primitivement intact.

Ces considérations diverses (possibilité d'aggravation très rapide d'un déséquilibre gravidique; sensibilité particulière de certaines femmes avec prédispositions aux convulsions) conduisent à penser que chez les malades, du fait des progrès de la maladie gravidique, se crée lentement ou rapidement suivant les cas, un terrain spécial avec tendance à l'exagération brusque des modifications circulatoires et des réactions du système nerveux; un tel état qui s'apparente à la spasmophilie va favoriser l'apparition de crises paroxystiques avec manifestations convulsives. On va maintenant étudier le mécanisme déclanchant des convulsions elles-mêmes et aussi en envisager les conséquences.

Les convulsions éclamptiques sont évidemment la conséquence directe d'une irritation pathologique des centres nerveux supérieurs : cortex et aussi régions sous-corticales et di-encéphaliques.

On a soutenu que cette irritation pathologique était consécutive à l'action au cours d'une dysgravidie, d'un principe toxique, véritable poison éclamptique, et M. LÉVY-SOLAL, étudiant expérimentalement ces faits, a montré que dans certaines conditions le sérum des femmes éclamptiques possédait un pouvoir convulsivant. En pareille matière, il semble que l'expérimentation ne soit pas absolument exempte de critiques; au demeurant, si véritablement existe un poison convulsivant dans le sérum des éclamptiques, on peut penser que son existence n'est que secondaire à l'action de la maladie gravidique elle-même; peut-être intervient-il dans la répétition des crises; mais il n'en paraît pas être la cause première. Dans un ordre d'idée analogue, LABORIT a défendu une hypothèse intéressante, à savoir que l'éclampsie était la résultante d'une inhibition progressive du système réticulo-endothélial. Cette déficience réticulo-endothéliale s'accompagnerait d'hypocalcémie, d'hypercholestérolémie et surtout de la diminution de l'activité enzymatique de l'histaminase et de la cholinestérase. Cette déficience a pour conséquence directe l'augmentation du taux sérique de l'histamine et de l'acétyl-choline avec action dangereuse sur les épithéliums capillaires qui deviennent hyper-perméables avec transsudation d'eau et œdèmes interstitiels, tandis que s'installe ou s'aggrave une hypertension consécutive à l'action de l'acétyl-choline sur la médullo-surrénale et, d'une façon plus générale, de l'action dérégulée des médiateurs chimiques sur l'ensemble de l'appareil circulatoire. Cette hypothèse est étayée par le fait qu'il existe de nombreux points communs entre le syndrome biologique caractéristique des néphropathies gravidiques et celui qu'il est possible d'observer en cas de maladie liée ou associée à une déficience du système réticulo-endothélial. Il ne semble cependant pas que cette conception puisse être considérée comme ayant une valeur pathogénique essentielle, mais seulement comme un maillon dans l'enchaînement des faits pathologiques, maillon intéressant puisque sa connaissance a permis de proposer une thérapeutique active, mais simple

étape dans le déroulement du mécanisme pathologique général qui préside à l'évolution de la maladie gravidique et de ses complications paroxystiques. En fait, quelle que soit la part réelle des différents modes de dérèglement gravidique dans la succession et l'intrication des facteurs pathogéniques qui mènent à l'éclampsie, il semble bien que les manifestations convulsives soient directement sous la dépendance de troubles de la circulation cérébrale avec œdèmes interstitiels et spasmes vasculaires.

Le rôle des œdèmes est prouvé par l'apparition fréquente chez les éclamptiques d'amauroses plus ou moins transitoires, parfois fugaces, sans lésions du fond d'œil; par ailleurs, on sait la fréquence relative de l'éclampsie dans les formes de néphropathie gravidique avec œdèmes accompagnés d'une hypertension modérée, ces crises d'éclampsie chez les œdémateuses revêtant assez souvent d'ailleurs un caractère de moindre gravité.

Les troubles capillaires jouent le rôle le plus important, les spasmes déclanchant la crise convulsive par le mécanisme de l'hypertension ou de l'ischémie localisée à un territoire encéphalique déterminé et à sensibilité élective; on rappelle à ce propos la presque constance, dans les néphropathies graves, de lésions du fond d'œil avec spasmes artériolaires et hypertension au niveau de l'artère centrale de la rétine. Suivant la durée, le degré, la topographie des perturbations vasculaires, les manifestations cliniques seront variables : spasmes fugaces avec crise convulsive isolée, spasmes prolongés ou récidivants avec crises répétées, spasmes intenses avec petites hémorragies capillaires ou encore ischémie prolongée avec lésions névrotiques des cellules d'un territoire nerveux et possibilités de séquelles.

En conclusion, on peut dire que chez certaines femmes congénitalement prédisposées et sur un terrain préparé ou sensibilisé par l'évolution d'une maladie gravidique, sous l'action d'une cause occasionnelle quelquefois nette, mais le plus souvent obscure, des œdèmes cérébraux ou des spasmes vasculaires, déjà existants, mais brusquement exagérés ou étendus, vont déclencher brutalement l'apparition de crises convulsives.

Il faut maintenant envisager l'action physio-pathologique des paroxysmes convulsifs. D'une manière générale, les crises vont entraîner une augmentation de l'hypertension et une exagération des perturbations capillaires. Les autopsies des femmes ayant succombé à la suite de manifestations éclamptiques, montrent constamment l'existence d'hémorragies capillaires au niveau des différents viscères; on peut donc affirmer que les crises convulsives elles-mêmes, du fait des modifications circulatoires générales qu'elles entraînent, surajoutent par le mécanisme de la multiplication de petites lésions hémorragiques ainsi créées, un désordre organique ou trouble fonctionnel pré-existant lequel se trouve, de ce fait, multiplié par un coefficient notable d'aggravation.



On peut donc penser que les crises convulsives qui sont susceptibles d'entraîner des complications immédiates redoutables (hémorragies cérébro-méningées contemporaines de l'accès) peuvent aussi, en fonction de leur intensité ou de leur répétition, déterminer une aggravation du dysfonctionnement organique de différents parenchymes anatomiquement lésés au moment même où se produisent les paroxysmes convulsifs. Une fois l'éclampsie disparue des lésions de sclérose ou de nécrose peuvent persister tant au niveau du système nerveux que du foie ou des reins; des séquelles pathologiques en sont la conséquence.

On doit donc admettre formellement que les crises convulsives constituent un important élément d'aggravation à l'état pathologique pré-existant et cela dans la mesure où elles s'accompagnent d'un véritable bouleversement organique et humoral dont les conséquences immédiates peuvent être mortelles, mais dont les conséquences éloignées sont parfois aussi assez redoutables. Ces conséquences, toujours graves pour la mère, le sont aussi pour l'enfant, qui, du fait des perturbations circulatoires utérines et utéro-placentaires, succombe souvent in utero.

**En conclusion de cette étude pathogénique, on dira :** une perturbation endocrinienne ou neuro-endocrinienne, traduisant un conflit ou un déséquilibre progressif au niveau du système symbiotique (en règle générale, harmonieusement évolutif) : mère, placenta, fœtus s'accompagnent, entre autres manifestations physio-pathologiques, d'une dystonie neuro-végétative avec troubles circulatoires et spasmes capillaires, lesquels modifient le fonctionnement des divers appareils et déterminent l'apparition et l'évolution des différents symptômes cliniques et biologiques d'une néphropathie gravidique. Sur ce terrain de dysgravidie majeure, et chez une malade dont le système nerveux particulièrement sensible est prédisposé à certaines réactions motrices, un facteur occasionnel, parfois peu important, déclanche, par le mécanisme d'œdèmes interstitiels ou de bouleversements circulatoires exerçant leur action sur une zone nerveuse à sensibilité élective (cortex ou région di-encéphalique), l'apparition brutale de crises convulsives généralisées. Ces crises convulsives, du fait de leur existence même, aggravent au cours du paroxysme l'hypertension et les spasmes vasculaires pré-existants; ces spasmes capillaires peuvent alors, en quelques instants, déterminer des ruptures vasculaires avec petites hémorragies multiples tant au niveau du système nerveux que de tous les autres appareils. Les crises éclamptiques représentent donc, en elles-mêmes, un élément de haute gravité capable d'entraîner des complications immédiates redoutables (hémorragie cérébro-méningée, mort du fœtus in utero) et de laisser à leur suite des lésions parenchymateuses diverses avec séquelles cliniques susceptibles de durer indéfiniment (néphrites chroniques consécutives à une néphropathie gravidique).

### THÉRAPEUTIQUE

On envisage maintenant le traitement de l'éclampsie; il existe d'abord un traitement prophylactique, lequel consiste essentiellement dans le dépistage et le traitement correct des néphropathies gravidiques et aussi des hypertensions essentielles et des néphrites chroniques aggravées en fin de gestation.

On passe rapidement sur le dépistage et la prophylaxie des déséquilibres gravidiques du troisième trimestre. Dans la région lyonnaise, les consultations prénatales, rendues obligatoires par les règlements administratifs concernant la protection maternelle et infantile, sont régulièrement suivies par la presque totalité des femmes enceintes, de telle sorte que tout symptôme anormal attire l'attention et déclenche une action thérapeutique. Dans l'ensemble, les conditions d'hygiène générale sont satisfaisantes, la nourriture est suffisamment variée, certains médicaments (calcium, phosphore, vitamine D) sont conseillés systématiquement à la plupart des femmes enceintes. D'une façon générale, non seulement les urines sont examinées, mais la tension est enregistrée aux 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois de la gestation. A la Clinique Obstétricale, le poids est en outre soigneusement noté, tandis que sérologie et groupage sanguin sont effectués correctement. On rappelle que du point de vue des dysgravidies, l'examen qui revêt le plus d'importance est la recherche de la tension; toute femme présentant une élévation tensionnelle lors de la consultation, élévation tensionnelle vérifiée après une demi-heure de repos en décubitus, est immédiatement hospitalisée.

Chez de telles malades, dont l'hospitalisation dure en principe trois ou quatre jours seulement, toute une série d'examens cliniques (diurèse, poids et œdèmes, instabilité neuro-végétative) et biologiques (albuminurie, protéinémie, cytologie urinaire, réserve alcaline, ionogramme, œstrogènes et prégnandiol urinaire, frottis vaginaux) sont systématiquement poursuivis, permettant d'établir un dossier précis qui sera complété par la suite. Le plus souvent du reste, après quelques jours la tension artérielle redevient à peu près normale; même dans ces cas, la surveillance est poursuivie alors que la gestante, rentrée chez elle, suit un traitement antispasmodique. On doit penser, en effet, que toute hypertension réellement contrôlée, même passagère, doit être interprétée comme un signal d'alarme et que si, bien souvent, tout est normal par la suite, c'est bien parmi les femmes enceintes à tension instable avec irritabilité du système neuro-végétatif, que se recrutent les candidates aux néphropathies gravidiques et à l'éclampsie.

On en arrive au traitement des véritables néphropathies gravidiques et aussi des hypertensions essentielles et des néphrites chroniques aggravées en fin de gestation, ce traitement curatif réalisant en réalité la prophylaxie réelle des convulsions éclamptiques; on étudiera ensuite la conduite à tenir en cas d'éclampsie confirmée.

ANTISEPTIQUE  
INTESTINAL

# ENTÉRO VIOFORME

IODOCHLOROXYQUINOLEINE

**SPÉCIFIQUE**  
**DES DYSENTERIES**  
**A PROTOZAIRES**

**IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ**

**INSOLUBLE**  
**NON TOXIQUE**  
**NON IRRITANT**

*Entéro-colites*

*Amibiase aiguë et chronique*

*Dysenteries parasitaires*

COMPRIMÉS à 0,25 g

LABORATOIRES

III, B<sup>e</sup> VIVIER-MERLE, LYON

**CIBA**

PARIS, 57, QUAI D'ORSAY



## TRAITEMENT DES NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES

### ET DES HYPERTENSIONS AGGRAVEES EN FIN DE GROSSESSE

Bien qu'il s'agisse là de faits en réalité très dissemblables, on peut cependant envisager leur traitement d'un point de vue général commun, car ainsi qu'on l'a dit déjà, l'aggravation des hypertensions essentielles et des néphrites chroniques, en fin de grossesse, peut être considérée comme la résultante d'un trouble fonctionnel surajouté trouble fonctionnel qui, par ailleurs, est l'élément essentiel et unique des dysgravidies authentiques. Par ailleurs, dans le tableau clinique commun à ces diverses affections, on doit mettre à part le symptôme hypertension qui, de tous, paraît être le plus dangereux tant pour la mère que pour son enfant. Dans tous les cas par conséquent qu'il s'agisse de l'aggravation d'un état chronique ou d'une maladie gravidique apparue chez une femme jusque-là en bonne santé, les directions thérapeutiques sont provisoirement les mêmes et ont avant tout pour but immédiat de freiner l'hypertension.

Les malades sont naturellement maintenues au repos absolu au lit et sous surveillance quotidienne; les examens cliniques et biologiques institués lors de l'entrée dans le Service étant répétés à intervalles réguliers. Ces examens qui ont été énumérés plus haut, sont destinés à contrôler d'une part les réactions de l'organisme maternel et, d'autre part, la vitalité de l'œuf; les plus importants sont : surveillance de la tension, du poids et de la diurèse, surveillance du volume utérin et des caractères des bruits du cœur fœtal, étude du taux des protéines du sérum, courbe représentative de la prégnandiurie, évolution des caractères cytologiques des frottis vaginaux, résultat des examens répétés du fond d'œil.

Les malades sont soumises au régime convenant à chaque cas : diète hydrique avec réduction des liquides, diète lactée avec utilisation s'il y a lieu de lait déchloruré, régime plus large mais hypo-chlorure ou achloruré strict, régime plus riche en protéines (lait et fromages blancs) avec administration complémentaire de protéolysats. Très souvent, après quelques jours, le régime peut être élargi sans inconvénient et en règle générale il faut se garder de prolonger un régime de restrictions trop sévères générateur d'acidose; en fait, le régime doit être modifié en fonction de l'évolution des symptômes. On a renoncé à l'emploi des résines échangeuses d'Ions, bien que chez certaines femmes ces résines puissent rendre service en permettant l'administration d'une certaine quantité de sel. D'un point de vue théorique et sans qu'il soit possible de savoir si cela est utile ou non, nous soumettons certaines malades arrivées au huitième mois de leur grossesse, à des séances répétées d'oxygénothérapie.

Depuis quelques années on possède des moyens efficaces de lutte contre l'hypertension et les médicaments nouveaux du type neuro et ganglioplégique s'ils n'ont pas donné toute satisfaction aux médecins

de médecine générale, rendent de grands services aux accoucheurs qui n'ont à s'occuper que d'hypertension transitoire ou du moins ne doivent freiner les évolutions tensionnelles que pendant un temps limité. Même si ultérieurement l'hypertension, liée par exemple à une néphrite chronique, poursuit son évolution, les médicaments neuro-ganglioplégiques, en limitant pendant quelques semaines les progrès d'une poussée hypertensive gravidique, permettent, en parant à tout accident immédiat, de conduire la grossesse jusqu'au moment où il deviendra légitime de faire naître un enfant parvenu à un degré suffisant de maturité.

Depuis quatre ans certains médicaments neuro et ganglioplégiques ont été systématiquement étudiés à la Clinique Obstétricale : largactil, apressoline et nepressol, serpasil, pendiomide; depuis un an des résultats très intéressants ont été obtenus de l'emploi de la purovérine, dérivé du veratrum album, mis à notre disposition par les Laboratoires Sandoz. Ces médicaments utilisés à titre isolé, ou encore associés entre eux, et aussi avec certains barbituriques et aussi du chloral permettent le plus souvent de freiner efficacement les poussées tensionnelles et de réaliser en cas de besoin de véritables cures sédatives (cures de sommeil et cures de détente); grâce à leur action on peut souvent aussi protéger la vie de l'enfant et, dans les cas heureux, le faire naître vivant au cours du neuvième mois de la gestation, grâce à une interruption de grossesse pratiquée au moment le plus convenable. On va maintenant, en trois paragraphes, étudier : l'action hypotensive, les cures sédatives, le problème de l'interruption thérapeutique de la grossesse au cours du neuvième mois.

L'action hypotensive est conduite de façon réellement efficace à l'aide de nombreux médicaments neuro-ganglioplégiques associés à l'action classique du gardénal et aussi du chloral.

On aura à parler au paragraphe suivant du largactil et du serpasil, éléments essentiels des cures sédatives et qui présentent évidemment un intérêt réel dans la lutte contre l'hypertension; on y reviendra et pour le moment on envisage seulement l'action des hydrazinophtalazines, des protovératrine et de certains ganglioplégiques.

Les hydrazinophtalazines ont donné de beaux succès. Notre expérience porte surtout sur l'apressoline administrée à doses lentement progressives, allant de 40 mmg par jour la première semaine à 300 et même 400 mmg après quatre ou six semaines de traitement. Un avantage très important de l'emploi de l'apressoline est l'action, très favorable, exercée par les hydrazinophtalazines sur la circulation rénale; lentement progressive, il semble que l'apressoline et aussi le nepressol ce sont des vaso-dilatateurs rénaux. Cependant, du fait de son action doivent être réservés aux cas d'hypertensions se manifestant précocement au cours de la gestation.

Les protovératrine rendent de grands services. Nous utilisons régulièrement depuis un an la purovérine Sandoz : 2 comprimés de 1/4





TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN  
14 bis. Rue Arago — TUNIS



de mmg répartis en trois doses quotidiennes au début, avec possibilités d'augmenter la dose jusqu'à 5 comprimés par 24 heures. Dans les cas d'hypertension majeure, avec pré-éclampsie menaçante, on peut utiliser l'injection intra-veineuse lente de 1/10 de mmg de purovérine, diluée dans 10 cc de sérum physiologique, injection qui peut du reste, si la malade n'accuse pas de chute tensionnelle brutale ou de ralentissement trop marqué du pouls, être répétée deux et trois fois dans les 24 heures.

Dans le groupe des médicaments ganglioplégiques, nous avons utilisé le penthonium et surtout la pendiomide. Leur emploi est réservé aux cas d'hypertensions élevées ou encore aux poussées d'hypertension paroxystique. Une injection intra-veineuse d'essai doit toujours être pratiquée : injection lente de 25 mmg de pendiomide dilués dans 20 cc de sérum. Si les réactions sont normales (abaissement tensionnel net, mais modéré; pas de malaises) nous poursuivons l'action du médicament en injections intra-musculaires : une injection intra-musculaire de 50 mmg de pendiomide toutes les 3 ou 4 heures, soit une dose totale de 200 à 300 mmg dans la journée; en cas d'éclampsie menaçante on donne bien entendu la préférence à la voie intra-veineuse, laquelle chez les malades testées par une première injection de 25 mmg, permet d'administrer efficacement 75 ou même 100 mmg de pendiomide.

**Les cures sédatives.** — Nous avons obtenu des résultats réellement très encourageants de la mise en œuvre chez les malades hypertendues et menacées d'éclampsie, de cures de sommeil.

Les malades sont strictement isolées et maintenues dans l'obscurité sous la direction d'un personnel spécialisé, dont l'action dans le domaine de la psychothérapie est indispensable. Les médicaments utilisés varient naturellement suivant les cas; d'une façon générale on emploie l'eunoctal (2 à 3 suppositoires par 24 heures) que l'on potentialise par du largactil (2 à 3 comprimés de 25 ctg) et par du sirop de phénergan (1 à 3 cuillerées à café). On obtient assez facilement 15 à 16 heures de sommeil, chaque jour, la malade se réveillant facilement à l'occasion des repas et des toilettes. Il n'y a pas d'incident, mais il faut savoir que les malades s'accoutument vite à l'eunoctal et que le largactil provoque chez quelques-unes des rêves pénibles et une sensation d'énervement; il faut alors utiliser le gardénal injectable. Ces cures peuvent être prolongées et nous possédons des observations montrant que des malades ont pu, avec profit, être maintenues en cures de sommeil pendant respectivement 26, 29 et 32 jours.

Lorsque, après quelques jours de cure de sommeil strictement conduite, la situation a évolué favorablement, on substitue à cette cure de sommeil une cure de détente. Là encore, sont associées l'action du gardénal et du largactil, mais c'est le serpasil qui paraît alors le médicament de choix. Il est nécessaire d'établir une posologie individuelle; après avoir débuté par des petites doses (4 comprimés de 1/10 de mmg de serpasil par 24 heures) on peut augmenter la posologie, en quelque sorte à la

demande, et arriver dans certains cas à faire absorber aux malades 1 ou même 2 mmg dans la journée. Les femmes ainsi traitées ne dorment pas mais restent indifférentes et immobiles; on considère que la cure de détente est pleinement réalisée lorsque les hypertendues acceptent de rester complètement inactives dans une demi-obscurité.

**Interruption thérapeutique de la grossesse au cours du neuvième mois.** — Action hypertensive associée et intriquée avec la pratique des cures sédatives, donnent des résultats excellents pour la mère; ils sont moins favorables pour le produit de conception, si nous ne considérons que les néphropathies gravidiques majeures, l'enfant succombe encore in utero ou immédiatement après sa naissance dans 40 % des cas. Cependant la thérapeutique active de l'hypertension a, entre autres avantages, le mérite de permettre, dans certains cas cependant graves une prolongation de la grossesse et cela sans danger réel pour la mère. On peut donc assez souvent, grâce à une thérapeutique active, conduire la gestation jusqu'au début du neuvième mois; à ce moment se pose le problème d'une interruption de la grossesse pratiquée dans l'intérêt de l'enfant.

Nous sommes personnellement absolument opposé à toute interruption de grossesse plus précocement décidée (sauf bien entendu si la mère court un danger mortel, ce qui est devenu exceptionnel) n'acceptons de faire naître l'enfant que lorsqu'il est arrivé à un degré suffisant de maturité, soit en pratique moins de un mois avant le terme théorique. Si l'état de la mère est réellement sérieux avec hypertension difficilement contenue par la thérapeutique, l'enfant court alors un extrême danger et il faut le faire naître, car il va mourir in utero.

La décision de principe d'interrompre la grossesse dans l'intérêt de l'enfant est facilement prise, mais c'est le moment de l'interruption qui est difficile à fixer. Intervenir dès le début du neuvième mois avec un enfant de volume réduit, c'est s'exposer à faire naître un grand débile; attendre c'est risquer de voir brusquement succomber l'enfant in utero. Aussi faut-il, en plus des renseignements fournis par la clinique (gravité plus ou moins marquée de l'état maternel, volume fœtal contrôlé aussi par radiographie, caractère des bruits du cœur), s'aider de l'étude évolutive des résultats fournis par le laboratoire dans le domaine de l'appréciation du déséquilibre hormonal et de la vitalité de l'œuf (œstrogènes, gonadotrophines, prégnandiol, frottis vaginaux).

La décision étant prise, comment doit-on réaliser l'interruption de la gestation ? Contrairement à l'opinion exprimée par certains de nos collègues, tant en France qu'à l'Étranger, nous sommes partisan de l'accouchement provoqué et non pas de la césarienne systématique, laquelle césarienne doit être réservée aux cas d'urgence extrême et à ceux qui s'accompagnent de conditions obstétricales particulières.



Cet accouchement provoqué doit être réalisé à l'aide de procédés mécaniques (rupture artificielle des membranes ou Bougie de Krause) et dans notre Service nous proscrivons absolument tout essai de déclanchement médicamenteux du travail.

L'accouchement est dirigé de façon particulièrement attentive et une oxygénothérapie à doses convenables (masque de BINET et BOCHET avec débit d'oxygène de 8 litres à la minute) doit être poursuivie, du moins par intermittence, pendant toute la durée du travail.

### TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE CONFIRMÉE

On en arrive maintenant au traitement curatif de l'éclampsie confirmée, traitement qui s'applique aussi bien entendu en cas de syndrome pré-éclamptique. Ainsi que nous avons essayé de le prouver, l'éclampsie apparaît sur un terrain pathologique spécial : déséquilibre endocrinien, troubles circulatoires et neuro-végétatifs, déséquilibre hydro-minéral avec acidose. Sur ce terrain favorable éclatent, isolée ou en série, une ou plusieurs crises convulsives et chacune des crises contribue à aggraver la situation en provoquant une augmentation de l'intensité des spasmes capillaires avec production d'hémorragies microscopiques multiples au niveau des différens parenchymes et une exagération des dysfonctionnements organiques avec aggravation des perturbations métaboliques et hormonales.

Il est donc essentiel, en premier lieu, de faire cesser les crises et en second lieu de modifier le terrain pathologique; il faut enfin envisager, pour chaque cas, la question du traitement obstétrical en se rappelant que si dans une situation dramatique la première préoccupation de l'accoucheur doit être de sauver la vie de la mère, l'enfant, dans un grand nombre de cas, peut naître vivant et s'élever normalement par la suite.

On ne fera pas ici une revue générale du traitement de l'éclampsie, lequel a fait l'objet de nombreuses publications récentes, parmi lesquelles il convient ici de citer celles particulièrement intéressantes de M. VALENSI et de M. SCEMLA; on se bornera à exposer en détail le traitement de l'éclampsie tel que nous l'avons codifié à la Clinique Obstétricale de Lyon.

Il faut d'abord freiner l'excitabilité du système nerveux et empêcher l'apparition de nouvelles crises convulsives. — On n'envisage pas ici le traitement de la crise elle-même; le point intéressant est de savoir comment on peut, dans une certaine mesure, empêcher la récurrence des manifestations paroxystiques. Il est bien entendu que la malade est isolée dans une demi-obscurité et surveillée en permanence par un personnel médical et infirmier compétent.

D'emblée, il faut pratiquer une anesthésie générale au chloroforme ou encore à l'aide d'une perfusion intra-veineuse de nesdonal. Ceci



*le ferment vivant*

**VIVACIDOL**

**RÉGÉNÈRE** *la flore de défense*  
et  
**NORMALISE** *le milieu intestinal*

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvaables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquelin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros — TUNIS — Tél. 282.090

fait, et très rapidement, on pratique chez la malade endormie une injection intra-veineuse de 50 à 100 mmg de pendiomide dilués dans 50 cc de sérum artificiel. Cette injection est poursuivie lentement sous contrôle tensionnel; elle peut être arrêtée à chaque moment si la tension s'abaisse trop brutalement. Cette thérapeutique par les ganglioplégiques donne de bons résultats, en agissant efficacement sur les œdèmes cérébraux si fréquemment en cause dans la pathogénie des convulsions.

L'action thérapeutique est ensuite continuée en utilisant, suivant un rythme adapté aux circonstances, les injections intra-musculaires de largactil, de phénergan et de dolosal.

Si les premiers effets du traitement sont satisfaisants, l'anesthésie générale au chloroforme devient intermittente (véritable chloroforme à la reine); d'autres fois c'est la perfusion de nesdonal dont le rythme est fortement ralenti, toute nouvelle manifestation d'hyperexcitabilité nerveuse commandant la reprise de l'anesthésie.

Dans la presque totalité des cas, l'état de la malade est rapidement transformé et, bien que les crises convulsives ne soient pas toujours supprimées d'emblée, il semble que notre thérapeutique soit efficace et modifie rapidement la situation dans un sens favorable. Lorsqu'il en est ainsi, les moyens d'anesthésie mis initialement en œuvre sont abandonnés et on institue une cure de sommeil : gardénal injectable, sirop de chloral à la dose de 12 à 15 grammes par 24 heures, largactil et phénergan en quantité variable suivant les cas et en quelque sorte « à la demande » de manière à ce que la malade soit bien maintenue dans un état de profond sommeil.

D'autres fois la situation est plus dramatique et, malgré une thérapeutique active, les crises se répètent ou encore réapparaissent dès qu'on ralentit l'action du traitement. Dans l'intervalle des crises s'installe un coma profond, tandis que se manifeste une hyperthermie que l'on peut interpréter comme une manifestation de souffrance diencéphalique. C'est à de tels cas qu'il faut réserver l'hibernation avec réfrigération par mise en place de vessies de glace au niveau des carrefours vasculaires, tandis que les réactions homéostasiques sont freinées par le largactil et le phénergan administrés en perfusion intra-veineuse.

Il existe enfin des formes particulièrement rebelles et graves avec véritable mal éclamptique; bien que nous n'en ayons pas d'expérience personnelle, nous pensons qu'il faut alors, après avoir pratiqué une trachéotomie permettant une ventilation pulmonaire contrôlée, utiliser des doses efficaces de curare qui doivent dans tous les cas, en association avec les barbituriques et les neuro-ganglioplégiques, empêcher définitivement le retour des crises convulsives.

**Il faut en même temps que se poursuit le traitement freinateur des convulsions, modifier, dans la mesure du possible, le terrain pa-**

**thologique responsable des accidents.** — La réponse du laboratoire arrive dans l'heure qui suit le premier prélèvement de sang et guide la thérapeutique. Sans attendre cette réponse, on a déjà pratiqué une injection intra-veineuse de 20 cc d'une solution de sulfate de magnésie à 15 % et de 20 cc de gluconate de calcium. Puis, suivant les cas, après étude de l'ionogramme, de l'hématocrite et du bilan des protéines, on institue un traitement de suppléance et, attachant une importance particulière à l'hypoprotéinémie, on pratique en cas de besoin, une perfusion de 500 cc de plasma. La malade est naturellement soumise à une surveillance constante avec répétition systématique des examens biologiques dont les résultats dirigent étroitement le traitement biologique.

**Il faut ensuite envisager la question du traitement obstétrical.** — Comme tout le monde, nous pensons que le traitement de l'éclampsie est avant tout médical; dans les cas habituels relativement simples, l'évacuation utérine est sans utilité réelle et dans les cas très sévères, la césarienne vient ajouter au désordre pathologique gravidique les risques de la maladie opératoire. Au demeurant du reste, le problème obstétrical se résoud parfois simplement, soit que l'accouchement se déclanche spontanément auquel cas il suffit d'aider l'action des phénomènes naturels, soit que l'enfant succombe in utero rendant inutile l'évacuation utérine.

Il est cependant certaines circonstances où une opération césarienne se trouve justifiée. En premier lieu il faut reconnaître que certaines considérations d'ordre sentimental ou si l'on veut familial plaident en faveur de l'intervention : éclampsie chez une primipare âgée ou chez une femme traitée pour stérilité, ou encore chez une multigeste n'ayant pas d'enfant vivant. Il est alors légitime d'intervenir d'emblée dès la première crise, même si l'on pense que les moyens d'action médicaux sont suffisants pour protéger efficacement la vie de la mère; on opère alors dans l'intérêt sinon exclusif du moins prépondérant de l'enfant sans faire courir grand risque à la mère dont l'état général, au moment de la première crise, est cliniquement et biologiquement satisfaisant.

Une autre circonstance intéressante est représentée par l'observation de certaines éclampsiques très améliorées par le traitement médical et qui après une ou plusieurs crises convulsives semblent hors de danger alors que l'enfant paraît toujours bien vivant. Chez une multipare à col déhiscent (au cours du dernier mois de la grossesse) il est facile de déclancher le travail par rupture artificielle des membranes; mais chez une primigeste à col intact, une césarienne peut être indiquée permettant de sauvegarder à la fois les intérêts de la mère et la vie de l'enfant.

\* \* \*

Voici, un peu trop schématiquement exposées, les directives thé-



rapeutiques suivies depuis 8 ans à la Clinique Obstétricale. Le fait que la très grande majorité des femmes enceintes suivent régulièrement les consultations pré-natales, que le dépistage des dysgravidies mineures soit régulièrement poursuivi, que toutes les femmes atteintes réellement de dysgravidies avec hypertension et de néphropathies gravidiques soient hospitalisées, explique qu'à l'occasion de 22.000 accouchements, nous n'ayons observé seulement que 18 cas d'éclampsie, dont plusieurs ont été notés chez des malades non suivies par nous au cours de la grossesse et amenées dans le Service à l'occasion des accidents convulsifs. Une seule d'entre elles a succombé une heure après son arrivée à la Clinique, toutes les autres ont guéri et 7 d'entre elles, soit 40 %, sont sorties du Service avec un enfant vivant et en bonne santé.



## GOUTTES O.R.L. CHIBRET

*Respectent l'activité ciliaire et la fonction sécrétoire*

Composé physiologique d'une structure stable normale. Indolore. Sans danger.

**BENZO-DODECINIUM**  
**CORTISONE**  
**PROPIONATE DE SODIUM**

**LABORATOIRES CHIBRET**  
CLERMONT-FR • PARIS

TUNISIE : Ets ZANA & COHEN-JONATHAN

24, Avenue de Lyon — TUNIS

# SANOFORMINE

COMPRIMÉS

SULFATE DE CUIVRE - FLUORURE DE SODIUM - MENTHOL  
TRIOXYMÉTHYLÈNE - BORATE DE SOUDE

**ANTISEPTIQUE - ANALGÉSIQUE  
DÉSODORISANT**

**DERMATOLOGIE  
GYNÉCOLOGIE  
O. R. L.**

**SÉDATIF  
NERVEUX LÉGER  
sans barbituriques**

PASSIFLORE - CRATOEGUS - VALÉRIANE STABILISÉE  
JUSQUIAME - K 87

VAGOTONIE - ÉRETHISME CARDIAQUE - TACHYCARDIE  
INSOMNIE • SURMENAGE • TROUBLES DE LA MÉNopause

## DRAGÉES VALBROL

R.C. 9.010.30.993 • Lab<sup>m</sup> MAYOLY-SPINDLER, 16, Av. des Châteaupieds, RUEIL (S. et O.) TEL. : MAL 06-27



# les hormones

**Stérandryl**

Propionate  
de testostérone

**Acéto-Stérandryl**

Acétate de testostérone

**Métandiol**

Dipropionate de  
Méthyl androstènediol

**rousseau**

en  
gynécologie

**Gynœstryl**

œstradiol

**Benzo-Gynœstryl**

Benzoate d'œstradiol

**Lutogyl**

Progestérone

**Gonadotrophines**

Sérique et Chorionique

**Ethinyl-œstradiol Rousseau**

Ethinyl-œstradiol

**associations hormonales**

**Lutogynœstryl**

Anhydroxy-progestérone  
Ethinyl-œstradiol

**Triœstrine Rousseau**

injectable

Benzoate de dihydro-folliculine  
Progestérone  
Propionate de testostérone

**Triœstrine Rousseau**

perlinguale

Ethinyl-œstradiol  
Anhydroxy-progestérone  
Méthyl-testostérone

## LES LABORATOIRES ROUSSEL

97, Rue de Vaugirard

140bis, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)

**ALGER** : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.

**TUNIS** : O.S.P. ; 10, rue Amilcar.

**CASABLANCA** : Sté Maroc des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale.

**SAIGON** : Laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.

**AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE** : Adresser les demandes aux  
Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)

## DYSMENORRHEE

par M. Jean SÉGUY (Paris)



La moitié des femmes souffrent au moment de leurs règles, mais pour un grand nombre de cas, la gêne est minime, cédant à un cachet analgésique et l'activité sociale de la femme n'en est pas amoindrie.

Les seuls cas de dysménorrhée que nous avons en vue sont les cas graves, dans lesquels l'activité de la femme est interrompue momentanément, tant sont fortes les douleurs qu'accompagnent la menstruation.

Il y a une extrême variabilité dans les caractères de la dysménorrhée :

— *Dale d'apparition.*

Elle apparaît parfois dès les premières règles. Parfois, au contraire, ce n'est qu'après plusieurs années de règles normales que celles-ci deviennent douloureuses.

Si, parfois, absolument toutes les règles sont douloureuses, parfois, il y a alternance de règles douloureuses et de règles non douloureuses. Parfois, on voit sans raison une règle indolore succéder à des règles douloureuses.

Certaines femmes souffrent avant l'apparition du sang, d'autres le premier jour des règles, d'autres, enfin, pendant toute la durée de la menstruation.

La quantité de sang menstruel ne semble pas avoir une grande importance dans l'apparition des douleurs. On voit des femmes souffrir énormément en perdant beaucoup de sang, tandis que d'autres en perdent très peu.

Le développement utérin lui-même est très variable dans les cas de dysménorrhée. Si, en général, l'utérus est hypotrophique, il existe des dysménorrhées avec des utérus absolument normaux.

— *Modalité de la douleur.*

Chez certaines femmes, la douleur est franche, localisée à l'utérus avec des crises douloureuses à intervalles plus ou moins rapprochés.

Chez d'autres malades, la douleur s'accompagne d'irradiations extrêmement pénibles dans les reins, les lombes, les cuisses. La douleur peut donner l'impression de tension de tout le petit bassin sur laquelle se détachent des crampes discontinues.



Dans certains cas, enfin, et nous insistons sur ce point, la dysménorrhée s'accompagne d'autres signes à distance : nausées, vomissements, diarrhée. Une association est particulièrement intéressante, c'est celle des migraines qui peuvent précéder, accompagner, ou suivre les douleurs menstruelles.

Très souvent, pendant la crise, la malade est prostrée, asthénique et dès que le maximum des douleurs est passé elle s'endort.

Dans la modalité de la douleur, on peut donc distinguer deux grands syndromes :

— Il y a des cas dans lesquels les signes sont strictement locaux, pelviens.

— Des cas où il y a un retentissement général, avec symptômes multiples, réalisant une véritable maladie cataméniale.

La dysménorrhée est donc un syndrome extrêmement variable dans ses manifestations, variable dans sa pathogénie, variable, enfin, dans la thérapeutique qui doit lui être opposée.

Nous distinguerons trois types différents de dysménorrhée, pour la clarté de notre exposé. Cette distinction si elle semble arbitraire, paraît correspondre à la réalité des faits :

#### 1. — DYSMENORRHEE PAR OBSTACLE (20 % des cas de dysménorrhée)

Si un obstacle mécanique s'oppose à la sortie du sang menstruel, on voit apparaître un certain nombre de symptômes qui sont toujours les mêmes :

1° La douleur ne précède pas la menstruation, elle coïncide avec son début. Le maximum de la douleur est aux premières heures des règles.

2° Pour vaincre l'obstacle qui lui est opposé, l'utérus se contracte de plus en plus fortement, jusqu'à ce que l'obstacle soit vaincu, ou, au contraire, jusqu'à ce que le muscle épuisé cesse de se contracter et commence à se laisser dilater, si l'obstacle est infranchissable.

3° Il n'y a, en général, pas de signes associés à distance, mais il peut y avoir des irradiations extrêmement pénibles.

— Les causes de cette dysménorrhée sont nombreuses : certaines sont congénitales (comme la sténose de l'isthme ou une rétroversion importante, dans les cas d'imperforation du col, elles peuvent aboutir à l'hématométrie).

Le plus souvent, elles sont acquises, créées, parfois artificiellement par des thérapeutiques variées (sténose du col, après cautérisation aux caustiques ou diathermo-coagulation, synéchie après curetage, com-

pression du col par une tumeur latéro-utérine, fibrome ou kyste inclus du ligament large).

— Le diagnostic de ces obstacles, causes des dysménorrhées est en général facilement fait par l'examen gynécologique, par l'hystérométrie et, parfois, par l'hystérosalpingographie.

— Le traitement doit avoir pour but de lever l'obstacle. La dilatation de l'isthme, la fixation d'un utérus rétroversé, ou au moins la pose d'un pessaire, la rupture de synéchies, suffisent en général à guérir la malade et à donner un succès spectaculaire : les dysménorrhées par obstacle, restent les cas les plus favorables.

## II. — DYSMENORRHEES PAR ENDOMETRIOSE

(5 % des cas de dysménorrhée)

La dysménorrhée, dans ces cas, est due à la distension mécanique de petites cavités tapissées d'endomètre en situation ectopique. Cet endomètre ectopique subit le même sort que l'endomètre utérin et fait de véritables petites règles. Ainsi les petites cavités ectopiques se remplissent peu à peu de sang et entrent progressivement en tension.

Ces cavités tapissées d'endomètre, siègent assez souvent dans l'ovaire (50 %) et expliquent, certainement, en grande partie, les dysménorrhées qu'on appelait, autrefois, ovariennes. Mais cet endométriose, peut siéger à la corne utérine, au niveau du col, dans le douglas, etc...

Le signe capital de cette forme de dysménorrhée, est l'apparition tardive des douleurs. La douleur commence, en général, le deuxième jour des règles et elle va croissant jusqu'à la fin des règles.

Ces douleurs sont extrêmement pénibles, tension douloureuse sans contractions et que la morphine elle-même ne calme pas.

Le diagnostic de ces dysménorrhées par endométriose est difficile et le diagnostic en est souvent méconnu. Cependant, on arrive, parfois à le faire cliniquement.

— Sur un gros ovaire, en général, unilatéral, parfois prolabé dans le douglas. On le sent augmenter pendant la durée des règles, il devient extrêmement sensible et douloureux quand on y touche.

— Sur des tâches bleuâtres au niveau du col. Si on incise ces petites saillies bleuâtres, il en sort un liquide analogue à du goudron.

— Sur une soufflure en « marécage » au cours d'une hystéroggraphie au Lipiodol, cette soufflure siège sur la trompe près de la corne utérine. Cette soufflure de la trompe peut avoir trois à quatre centimètres de longueur.

UN PANSEMENT DIGESTIF POLYVALENT

**PHOSPHATE**  
**D'ALUMINE**  
SOUS FORME DE **GEL VRAI**

**PHOSPHALUGEL** 2 à 4 CUILLERÉES A CAFÉ  
2 à 4 FOIS PAR JOUR

# OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE  
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME  
DYSPNÉES SPASMODIQUES  
ANGINE DE POITRINE  
INSUFFISANCE CARDIAQUE  
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2  
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4<sup>e</sup>



— Sur une masse rétro utérine occupant la cloison rectovaginale, de volume variable, parfois dédoublant assez profondément la cloison. Cette masse augmente chaque mois au moment des règles, devient de plus en plus sensible entraînant des épreintes et même des réactions du rectum avec petites pertes de sang.

Les autres localisations de l'endométriose ne sont pas en général diagnostiquées et sont des découvertes de laparatomie.

Le traitement de ces formes de dysménorrhées peut aller d'une grande simplicité à une très grande difficulté.

Il est facile d'enlever un ovaire atteint d'endométriose, soit en totalité, soit en partie. Si, par chance, les lésions sont unilatérales on peut obtenir une guérison définitive à peu de frais, tout en laissant subsister un fonctionnement menstruel normal. Il en est de même s'il s'agit d'une lésion localisée de la trompe qu'on pourra enlever sans grand préjudice si par chance la lésion est unilatérale.

Le traitement, au contraire, est très difficile lorsqu'il s'agit d'endométriose diffuse ou d'endométriose « mal placée » comme dans le douglas ou la cloison recto-vaginale où son extirpation fait courir de grands risques à l'intégrité du rectum.

On en est alors réduit à avoir recours :

— au traitement hormonal par hormone mâle et ses succédanés (métandiol), mais ces traitements ont une efficacité relative. On est forcé de faire de grosses doses et de ce fait on perturbe presque toujours le cycle.

— Au traitement radiothérapique. Lorsque le diagnostic d'endométriose est certain, que le traitement hormonal ne donne pas de bons résultats, nous avons recours à la castration radiothérapique temporaire qui amène une sédation rapidement complète.

— L'hystérectomie ne doit être qu'un traitement absolument d'exception, mais qui malheureusement dans les cas très graves reste la seule solution.

### III. — DYSMENORRHEE D'ORIGINE NEURO-VEGETATIVE

Ce sont les dysménorrhées les plus graves, mais aussi les plus fréquemment rencontrées en pratique (75 % des cas).

La cause profonde de la dysménorrhée est ici une lésion du système sympathique qui peut aller depuis la simple hyperesthésie fonctionnelle, en général réversible, jusqu'à des lésions organiques irréversibles, frappant le nerfs sympathiques et les ganglions.

Ce groupe de dysménorrhée est caractérisé, cliniquement par les douleurs précédant l'écoulement menstruel parfois 2 à 6 jours avant

l'apparition du sang et au point de vue pathogénique par les faits suivants :

a) Normalement, il existe au début des règles une ischémie de l'endomètre par spasme des artères spiralées de la basale. Cela a été bien observé par MARKEE sur des fragments d'endomètre implantés dans la chambre antérieure de l'œil des singes.

Si, chez la femme normale, ce spasme initial dure peu et passe inaperçu, il peut devenir beaucoup plus intense lorsqu'il existe une lésion sympathique et entraîner une véritable anoxie qui exagère encore l'hyperesthésie sympathique.

Cliniquement, cela va se traduire par un état spasmodique de l'utérus. L'utérus devient dur, tendu, et rappelle la consistance d'un utérus en avortement imminent.

Ce spasme siège au niveau du col, où le cathétérisme devient impossible, mais surtout au niveau de l'isthme où KEIFFER a montré qu'il existait un enchevêtrement des fibres nerveuses autonomes. Ce spasme de l'isthme a été regardé comme un fait essentiel de la dysménorrhée. En fait, il traduit l'hypertonie utérine, conséquence des lésions sympathiques.

b) Après cette phase de contracture du début, il se produit une véritable lutte entre la congestion physiologique prémenstruelle et le barrage qu'oppose à la sortie du sang l'ischémie de l'endomètre. Ainsi se produisent des contractions douloureuses pour vaincre cet obstacle. Ces contractions sont conscientes et d'autant plus douloureuses qu'elles sont plus amples. Leur efficacité n'est réelle qu'au bout de plusieurs heures de souffrance, lorsque l'écoulement sanguin est enfin établi.

Ces contractions sont parfois très intenses, réalisant des crampes atrocement douloureuses, d'autant plus qu'on retrouve très souvent dans le sang des substances ocytociques qui amplifient les douleurs.

Ces deux éléments hypertonie et contractions douloureuses qui sont souvent associées, peuvent, chez certaines malades être dissociées. C'est tantôt l'hypertonie, tantôt les contractions douloureuses qui dominent la scène.

On arrive ainsi à deux types de réactions anormales du sympathique :

A) Celles dues à une lésion organique du sympathique, congénitale ou acquise, cette lésion pouvant être :

- soit généralisée à tout le système sympathique;
- soit localisée au sympathique pelvien.

B) Celles dues à une hyperesthésie sympathique préalable favorisées et entretenues par une hypotrophie utérine et exaspérée au mo-

ment des règles par un déséquilibre hormonal, mais dans tous ces cas, il y a un fait essentiel : le sympathique n'est pas normal.

#### A. — DYSMENORRHEE PAR LESION ORGANIQUE DU SYSTEME SYMPATHIQUE

a) Les lésions peuvent être généralisées à tout le système sympathique.

Ce sont des malades très particulières, dont le déséquilibre s'extériorise par des troubles multiples, parfois héréditaires :

— Ce sont des émotives, très nerveuses avec, fréquemment, une note d'hyperthyroïdie, dans certains cas, ce déficit thyroïdien peut prendre une allure thyro-toxique.

— Ce sont des ptosiques (ptose rhénale, stomacale, dolichocolon).

— Ce sont des allergies, réagissant comme une asthmatique aux antigènes sensibilisants, alimentaires ou autres.

— Ce sont des spasmophiles chez lesquelles on peut mettre en évidence le signe du lacet ou le signe de CHOYSTEK.

— Ce sont surtout des douloureuses avec des algies multiples, variables de siège et d'intensité, souvent dyspareuniques et souffrant parfois autant à l'ovulation qu'aux règles.

— Ce sont des migraineuses. Ces migraines précèdent ou accompagnent les règles, elles sont parfois intenses.

— Elles présentent des troubles digestifs variables, en particulier, nausées, vomissements, diarrhée qui accompagnent les dysménorrhées.

Au moment de la crise, l'asthénie est extrême et il peut s'installer un véritable petit état de choc avec hypotension.

On a dit que dans cette dysménorrhée neuro-végétative il existait un facteur psychique extrêmement important et certains auteurs voudraient la faire entrer dans le cadre des maladies psycho-somatiques. Cela nous a toujours paru une plaisanterie. Quand une jeune fille ou une jeune femme sait que pendant huit jours, à une date qu'elle peut prévoir à l'avance, elle va être très malade et va atrocement souffrir, il me paraît logique qu'elle appréhende à l'extrême l'arrivée de ses règles et qu'elle en soit angoissée. Qu'elle puisse, de ce fait, créer des conditions de réceptivité douloureuses exagérées, paraît vraisemblable et naturel.

Nous rappellerons que HARTMANN a signalé l'existence de dysménorrhée chez les guenons où le facteur psycho-somatique peut être tenu, jusqu'à nouvel ordre, comme négligeable.



Le pansement de marche

# ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

## CICATRISÉ

### ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5x6 cm.

ULCÉOPLAQUE N° 2 7x9 cm.



Dans chaque boîte : 6 pansements  
Pour 20 à 24 jours de traitement

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la diapédèse et la leucocytose.

Provoque une prolifération rapide des bourgeons charnus.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph<sup>o</sup> 76, r. des Rondeaux - PARIS

PRODUIT NOUVEAU  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

## LEVURE lyophilisée GALLIER

(Licence Sarechio)

ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES

TROUBLES DIGESTIFS

TROUBLES NUTRITIONNELS

STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS

SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

Le diagnostic de ces formes est basé sur l'existence d'une véritable maladie cataméniale, dont la dysménorrhée n'est qu'un élément important.

Le traitement est difficile chez ces malades déséquilibrées, aux réactions inattendues. Il doit être extrêmement prudent :

— Calmer le sympathique par des injections intraveineuses de Calcium et Vitamine B2 et par la suppression de tous les excitants alimentaires (thé, café, tabac, alcool), la suppression de toute fatigue excessive.

— On a essayé des injections intraveineuses de novocaïne à 1 %, au début de la crise de dysménorrhée, mais son efficacité s'amenuise rapidement et n'est pas constante.

— FIESS a signalé le bon effet de la cocaïnisation des points géni-taux de la pituitaire, toujours très congestionnés.

— L'acupuncture trouve, dans ces cas, sa meilleure indication et obtiendra quelquefois de bons résultats.

— S'il y a un facteur allergique net, en dehors du traitement classique par les anti-histaminiques, on a tenté, parfois, avec un heureux résultat, la désinsensibilisation par l'injection préalable de sérum prélevé par voie intra-veineuse en pleine période de dysménorrhée.

Les calmants, eux-mêmes, doivent être employés avec prudence et c'est à la codéine injectable (sulfate de codéine) qu'il est préférable d'avoir recours, associée ou non, à la papavérine.

A) Les lésions du sympathique peuvent être localisées à la zone génitale. Elles sont caractérisées par des lésions de névrite, atteignant, non seulement les nerfs, mais aussi les ganglions.

— Ces lésions du sympathique pelvien peuvent être entretenues ou exagérées par des lésions de voisinage : pelvipéritonite chronique, douglassite, périméto-salpingite.

— Elles peuvent être dues à des inflammations de l'utérus même. On connaît les améliorations spectaculaires qu'on peut apporter à certaines dysménorrhées par la guérison d'une exocervicite ou l'ablation d'un polype du col.

Mais parfois on ne trouve absolument rien de décelable :

L'utérus est de volume normal, en position normale, la muqueuse testée par une biopsie, avant les règles, s'est montrée parfaitement bien préparée, et pourtant chez cette femme absolument normale va éclater brusquement le drame des règles qui va durer quatre ou cinq jours.

Le diagnostic de cette sorte de dysménorrhée, se fait sur plusieurs symptômes :

— L'intensité et la progressivité de la douleur qui précède les règles et qui apparaît dès que commence la poussée congestive prémenstruelle c'est-à-dire, cinq à six jours avant.

— L'augmentation progressive des manifestations douloureuses, à chaque règle. Cette augmentation, d'abord discrète, devient galopante au bout de quelques années.

— L'influence négative des rapports et de la grossesse si celle-ci survient. Après le post-partum, les règles réapparaissent aussi douloureuses.

Le traitement doit agir sur un plexus sympathique malade, mais cette maladie est localisée.

— On peut essayer des instillations novocaïniques dans les plexus sympathiques péri-utérins, mais l'effet est de peu de durée.

C'est ici que l'opération sur le sympathique pelvien (opération de COTTE) trouve sa principale indication qui consiste à réséquer le nerf pré-sacré au niveau de la face antérieure de la V<sup>e</sup> lombaire et du promontoire.

Les résultats de cette opération sont très discutés :

— Certains prétendent qu'il n'y a pas de fibres sensibles dans le pré-sacré, lui dénie toute action et pensent que les résultats heureux sont dûs à des opérations associées (ablation d'une annexe, réduction d'une rétroflexion utérine, etc...).

— Certains, au contraire, publient des statistiques très favorables avec 60 à 70 % de guérisons.

Pour notre part, nous pensons, qu'étant donné l'existence des nerfs érecteurs, il faut couper les fibres sympathiques très près de l'utérus dans les lames sacro-génitales.

On a été jusqu'à proposer l'alcoolisation des ganglions de LEE et de FRANKENHAUSEN. C'est peut-être prendre de gros risques pour le bon fonctionnement vésical et même rectal, ultérieur.

Malgré toutes les thérapeutiques mises en œuvre, il y a des cas où la douleur est si insupportable qu'elle peut conduire au suicide. Dans ces cas extrêmes on est parfois conduit à envisager une castration chirurgicale définitive, solution pénible chez une femme jeune.

## B. — DYSMENORRHEE PAR HYPERESTHÉSIE DU SYSTÈME SYMPATHIQUE

1<sup>o</sup> *L'hypoplasie génitale.* — Il est certain que l'hypoplasie utérine réagit sur les terminaisons sympathiques en les rendant plus sensibles.



L'examen dans ces cas d'insuffisance de développement utérin montre un utérus petit en anteverision très accentuée (utérus en hameçon) ou en rétroflexion, très mobile d'ailleurs où, parfois, un utérus malformé (utérus double). Le col est petit, long, pointu, avec un orifice étroit, mais qui laisse passer, facilement, l'hystéromètre. Les ovaires sont petits, durs, peu sensibles. Si on fait une hystérosalpingographie, on trouve une cavité utérine petite. Les trompes sont perméables, longues et flexueuses.

Fait essentiel, ces dysménorrhées sont :

Améliorées par les rapports sexuels.

Guéries par la grossesse et l'allaitement.

Ce sont des jeunes filles à qui il faut conseiller le mariage et un enfant le plus rapidement possible.

Le diagnostic de l'hypoplasie utérine est facile, en se basant sur l'examen gynécologique, l'hystérométrie, confirmée, au besoin, par l'hystérogaphie au lipiodol.

Le point délicat du diagnostic, c'est de rapporter à l'hypoplasie décelée, la dysménorrhée qui atteint la femme. Il existe, en effet, de nombreuses femmes qui ont des utérus petits, infantiles et qui ne souffrent pas à leurs règles. C'est que, dans ces cas, où la douleur existe il y a un état de sensibilité sympathique que seul le développement progressif de l'utérus fera cesser.

Le traitement de ces cas est assez particulier. Le facteur mécanique d'insuffisance utérine est très difficile à améliorer. C'est perdre son temps que de dilater le col artificiellement ou de faire une hystéropexie. Ce qui paraît le plus logique dans ces cas d'utérus infantiles, c'est de temporiser, car souvent, on verra les douleurs disparaître :

— Soit spontanément, certaines filles mettant un certain temps à atteindre leur complet développement génital.

— Soit par les rapports sexuels qui favorisent le développement utérin par excitation du col.

— Soit par la grossesse et la transformation utérine qui s'ensuit.

En attendant la guérison définitive, il faut que la jeune fille ou la jeune femme ait une vie saine : plein air, sport modéré, etc. Chaque règle il faut calmer ses douleurs par des associations médicamenteuses ou moins complexes, dont les meilleures semblent être l'association codéine, papavérine et aspirine.

Si la grossesse salvatrice ne se produit pas, on peut essayer d'agir sur le développement de l'utérus, c'est un problème gynécologique très difficile, c'est tout le problème des infantilismes utérins. Les plus recommandés des moyens thérapeutiques sont :

— Le massage gynécologique par voie vaginale ou rectale, souvent améliore le transit intestinal et de ce fait est fort utile.

— Les cures hydrominérales du type NERIS.

— Régulariser le poids :

Faire maigrir les obèses avec surtout l'extrait thyroïdien.

Faire grossir les asthéniques par un régime calorigène riche en hydrates de carbone.

2° *Le déséquilibre hormonal*, surtout des hormones génitales, peut jouer un rôle important dans la dysménorrhée. Il peut jouer le rôle d'un marteau trop violemment assené sur une enclume trop réceptive.

1° L'excès d'œstrogènes entraîne une augmentation de la contractibilité utérine, avec des contractions petites et rapides.

On peut admettre que 20 % des femmes dysmonorrhéiques, ont un endomètre folliculinique pré-menstruel.

Ainsi s'explique les bons résultats signalés par beaucoup d'auteurs par l'emploi de la progestérone, dans la période pré-menstruelle (10 à 20 mg. par jour pendant huit jours avant les règles).

Cependant l'excès d'œstrogènes n'a pas toujours pour conséquence la dysménorrhée :

Il existe, en effet, des cas indiscutables de métropathie de SCHREDER sans aucune douleur menstruelle.

2° L'excès de progestérone entraîne la dysménorrhée membraneuse. C'est un syndrome très particulier où les douleurs commencent avant les règles, durent le premier et le deuxième jour des règles et cessent brusquement au moment où est expulsé une membrane plus ou moins épaisse, parfois, moule parfait de la cavité utérine, parfois expulsée en plusieurs lambeaux. Cette dysménorrhée membraneuse qui survient parfois, chaque mois n'apparaît chez d'autres femmes qu'un mois sur deux, chez d'autres enfin, que trois ou quatre fois par an.

A un degré moindre, la simple préparation prégravidique sécrétoire normale paraît susceptible d'entraîner la dysménorrhée.

A ce point de vue des faits intéressants ont été mis en lumière ces dernières années :

Si on supprime cette préparation prémenstruelle et prégravidique, en bloquant l'hypophyse et en conséquence en diminuant ou en supprimant la production de corps jaune, les règles habituellement douloureuses deviennent absolument indolores (avec, en général un cycle raccourci).

C'est beaucoup plus en empêchant ou en freinant cette préparation prégravidique qu'en empêchant l'ovulation qu'on améliore ces femmes.

Nous rappellerons l'intéressante expérience de VARANGOT qui en réséquant les deux ovaires à une malade atteinte de très forte dysménorrhée, avec un utérus double et des lésions annexielles, donne à cette malade de l'œstradiol perlingual et obtient une menstruation indolore. Le mois suivant, il donne des œstrogènes et de la progestérone, une menstruation se produit très douloureuse.

L'explication de ce fait expérimental a fait envisager différentes hypothèses :

— On a pensé qu'il s'agissait d'un blocage de l'ovulation, mais cette hypothèse paraît peu vraisemblable étant donné la fréquence des cycles anovulatoires spontanés et d'autre part, la possibilité de grossesse chez des femmes ainsi traitées.

— On a pensé que sous l'action de la lutéine augmentait l'amplitude de la contraction utérine.

On a pensé, également, qu'un produit de désintégration du métabolisme de la progestérone pouvait être à l'origine de la dysménorrhée par action ocytotique.

Ce traitement de blocage hypophysaire est loin de réussir dans tous les cas, d'autre part, il a quelques inconvénients celui d'écourter de plus en plus le cycle et celui d'entraîner un risque important de stérilité s'il est longtemps prolongé.

3° L'excès d'hormone hypophysaire. Le blocage de l'hypophyse, en diminuant la folliculine et surtout la lutéine donne des résultats favorables dans un nombre important de cas.

Mais la sécrétion des stimulines n'agit pas uniquement sur la production des hormones sexuelles, elle a une action propre, diffuse qui agit sur tous les organes utérus compris. Cette action s'extériorise assez bien chez les femmes hystérectomisées par les troubles de carence ovarienne. Nous pensons, en particulier que ces stimulines ont une action congestionnante sur le système sympathique et augmentent sa sensibilité, nous pensons que c'est là un point extrêmement important.

Nous insisterons sur un second point, c'est que l'action des stimulines s'accompagne presque toujours d'une sortie d'histamine et que ceci pourrait expliquer les actions allergiques qu'on observe souvent dans la dysménorrhée.

La réalité de cette action des stimulines hypophysaires nous paraît extériorisée chez trois jeunes femmes que nous avons suivies, qui souffrent soit à l'ovulation, soit aux règles, avec une très grande intensité, jamais aux deux périodes simultanément dans le même mois.



En second lieu nous avons dans nos observations plusieurs cas de jeunes filles qui n'ont commencé à souffrir au moment de leurs règles qu'après les premiers rapports, les règles devenant de plus en plus douloureuses par la suite.

Nous connaissons, également, deux femmes, qui n'ont absolument aucune douleur menstruelle, si elle n'ont pas de rapports dans le cycle. Elles souffrent au contraire terriblement, lorsqu'elles ont des rapports, à tel point, que l'une d'entre elles a divorcé. Ces faits ne sont pas pour surprendre quand on connaît la puissance chez certaines femmes du réflexe cervico-hypophysaire qui est mis en jeu par le rapport sexuel.

L'hypophyse postérieure, elle-même, semble jouer un rôle important dans le déterminisme de certaines dysménorrhées. Nous avons trouvé le pouvoir ocytocique du sérum nettement augmenté chez certaines femmes dysménorrhéiques dans le sang veineux prémenstruel ainsi que dans le sang des règles.

On a déjà soutenu que le facteur essentiel de la dysménorrhée est une substance ocytocique analogue à la substance vasoconstrictive de Markee. PHILIPS prétend que les urines des femmes dysménorrhéiques ont une activité ocytocique proportionnelle à l'intensité de la dysménorrhée.

Le diagnostic de ces stérilités hormonales se basera :

I. Sur un certain nombre de constatations cliniques :

— souvent, quand s'établit la menstruation, il y a plusieurs règles indolores avant que s'installe la dysménorrhée. On a prétendu que cela était dû à ce que très souvent, au début, les cycles sont anovulatoires, nous croyons plutôt que la sécrétion des stimulines n'est pas encore en excès au début;

— dans cette forme de dysménorrhée les douleurs commencent plusieurs heures avant l'apparition du sang, pour ne cesser que lorsque l'écoulement devient important;

— ces dysménorrhées hormonales ne sont pas améliorées par les rapports. Comme nous l'avons déjà dit, plusieurs sont parfois exagérées au contraire;

— la grossesse laisse ces dysménorrhées indifférentes, elles restent ce qu'elles étaient auparavant.

II. Le laboratoire est ici extrêmement utile pour préciser le diagnostic :

— dosage des œstrogènes dans les urines au 1<sup>er</sup> jour;

— dosage des gonadostimulines au 16<sup>e</sup> jour;

— biopsie de l'endomètre, dosage du pregnadiol au 24<sup>e</sup> jour.

— dosage du pouvoir ocytocique du serum dans le sang veineux au début des règles et même, si possible dans le sang des règles.

Le traitement de ces dysménorrhées hormonales consistera essentiellement à rétablir l'équilibre entre œstrogènes et anti-œstrogènes, suivant le déficit qu'auront montré les différents examens.

S'il est assez facile de lutter contre une hyperfolliculimie par des injections de corps jaune, il est également classique de lutter contre une préparation prégravidique excessive, par une utilisation précoce dans le cycle;

— soit d'œstrogènes par l'administration de 15 à 20 mg. d'œstradiol dès la fin des règles en trois ou quatre jours;

— soit par l'emploi d'hormones mâles à la dose de 100 mg., également très précocement dans le cycle.

Le but dans ce dernier cas est de bloquer l'hypophyse pour empêcher la production secondaire de folliculine et de lutéine. Il serait infiniment souhaitable d'avoir à notre disposition un antihypophysaire vraiment efficace.

L'action directe sur la production isolée et excessive de lutéine ne se fait que par l'ablation de kystes lutéiniques perçus à l'examen sous la forme de tumeur juxta-utérine ou par l'injection promenstruelle de folliculine.

#### CONCLUSION :

En définitive, il semble que la dysménorrhée soit presque toujours due à une lésion fonctionnelle ou organique du sympathique sur laquelle vient jouer la poussée congestive hormonale réflexe qui précède l'écoulement de sang.

Dans ce complexe hormonal nous pensons que la sécrétion de l'hypophyse antérieure et de l'hypophyse postérieure joue un rôle capital.

Dans l'incapacité où nous sommes de modifier efficacement la réceptivité sympathique, nous en sommes réduits, dans la majorité des cas, à régulariser ou à freiner la stimulation hormonale.

La lésion du sympathique mesure l'intensité de la dysménorrhée.

# TONI-CARDIAQUE

## DILATATEUR DES CORONAIRES



ANGINE DE POITRINE  
HYPERTENSION ARTÉRIELLE  
INSUFFISANCE CARDIAQUE  
ASTHME CARDIAQUE  
ARTÉRITE DES EXTRÉMITÉS  
CŒUR SÉNILE

AUCUNE TOXICITÉ  
NI ACCUMULATION  
AMPOULES - DRAGÉES  
Remboursé par la S. S.

TP

# CORTUNON

## FREYSSINGE



6, Rue Abel. PARIS



## Syndrome de néphrose lipoïdique au cours de la gestation

par le Dr J. SCEMLA

—o—

Le 21 décembre 1951 se présente à notre cabinet de consultations une jeune primipare de 22 ans, musulmane, d'origine algérienne et femme de fonctionnaire de situation modeste, mais instruite et répondant avec précision aux questions qu'on lui pose.

Dans ses antécédents on ne relève rien de spécial, en particulier pas de scarlatine ni de néphrite. Bien réglée habituellement, ses dernières règles datent du 20 avril 1951.

La malade déclare qu'elle a fait analyser ses urines depuis le début de sa grossesse laquelle a évolué sans incidents. L'albuminurie est décelée le 28 novembre 1951, c'est-à-dire à la fin du septième mois. Elle n'a fait qu'augmenter malgré un régime lacté sévère pour atteindre 1,90 le 20 décembre 1951.

C'est pour cette albuminurie tenace qu'elle vient consulter.

Il s'agit d'une malade de taille moyenne au faciès bouffie pâle, présentant des œdèmes marqués : œdèmes de la face, œdèmes palpébraux, œdèmes des membres inférieurs commençant aux malléoles et remontant la paroi abdominale laquelle est tendue et laisse l'empreinte du stéthoscope. Elle se plaint en outre de céphalée frontale diurne et nocturne, d'éblouissements passagers avec scotomes du champ visuel, de douleurs épigastriques, enfin d'asthénie extrême avec crampes musculaires nocturnes. Taille : 1 m. 65. Poids : 80 kg

La tension artérielle est à 22,5-14.

L'examen cardio-pulmonaire ne révèle rien de spécial, de même celui du tube digestif.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Au point de vue obstétrical on trouve un utérus gravide dont la hauteur est de 29 cm.

Présentation céphalique.

Dos à gauche.

Bruits du cœur fœtal perçus.

Le toucher vaginal confirme la présentation céphalique non engagée, avec segment inférieur en voie de formation.

Pas de viciation pelvienne.

En définitive, il s'agit d'une grossesse au huitième mois avec des œdèmes importants, albuminurie croissante, hypertension à 22,5-14 et

signes fonctionnels alarmants. Nous considérons la malade comme une pré-éclampsique et nous prescrivons le repos absolu au lit, diète hydrique (eau lactosé pendant 24 heures), puis lait Pennac et quelques fruits. Phénergan 3 comprimés par jour et Chloramonic 6 comprimés par jour.

Pour compléter notre investigation nous demandons différents examens sanguins et urinaires et un examen du fond de l'œil.

Sous l'influence de cette thérapeutique, la malade revue à domicile présente une légère amélioration.

Mais cette amélioration est transitoire, car le 9 janvier 1952, à notre grande surprise, les œdèmes ont augmenté, le taux de l'albuminurie est monté à 6,50 alors que la tension artérielle se maintient autour de 19,15.

Cette aggravation nous fait mettre naturellement en doute les affirmations de la malade quant au régime, cependant elle paraît être sincère et son entourage confirme la stricte exécution de nos prescriptions diététiques et médicamenteuses.

Le bilan humoral demandé est le suivant :

	Azotémie . . . . .	0,25
	Cholestérinémie . . . . .	3,30
	Chlore plasmatique . . . . .	3 gr 83
	Chlore globulaire . . . . .	1 gr 95
Rapport	Ch. globulaire : 0,51	
	Ch. plasmatique	
Protéines	Totales : 45 ‰ au lieu de 70 à 80	
	Sérines : 20 gr	
Rapport	= 0,8 donc inversé	
	globuline : 25 gr	

Lipides totaux : 11 gr.

L'examen du fond d'œil n'a malheureusement pas pu être pratiqué.

Au point de vue rénal, si une épreuve à la Phénol-Phtaléine et des épreuves de clarences n'ont pu être faites à domicile, l'examen des urines a donné les résultats suivants :

Urine :	jaune claire . . . . .	900 gr
	densité . . . . .	1.000
	réaction alcaline . . . . .	P H 7
	albumine . . . . .	4 gr 50

Examen cytologique :

1° Présence de très rares petits cylindres granuleux et rares cylindres hyalins.

Pas d'hématies intactes.

Présence d'assez rares cellules rénales en dégénérescence graisseuse.

2° Desquamations épithéliales minimales.

3° Pas de cristaux. Pas de colibacillurie.

Examen au microscope polarisant :

Présence abondante de corpuscules biréfringents.

Epreuve de l'orthostatisme :

Horaire	7 heures (matin)	12 heures	19 heures	7 heures (matin)
Albumine . . . . .	3 gr 70	8 gr	12 gr	4 gr 80

Ces résultats sont très riches en renseignements, et comportent des conclusions importantes :

l'hypercholestérolémie,

l'hyperlipémie,

la chute du taux des protéines du plasma avec inversion de la formule sérine/globuline,

l'albumine massive et la présence de nombreux corpuscules biréfringents,

évoquent nettement la néphrose lipoïdique.

Par ailleurs, l'échec total du régime déchloruré vient de confirmer notre conviction qu'il ne s'agit pas d'une néphropathie gravidique pure, mais bien d'une forme associée à un syndrome de néphrose lipoïdique.

Une importante modification du régime s'impose.

Nous prescrivons le régime d'Epstein auquel nous associons des protéolysats et de l'extrait thyroïdien à la dose de 10 centigrammes par jour.

Une pareille modification du régime n'a pas été d'ailleurs sans étonner la malade qui depuis plus de 25 jours était au régime lacté strict.

Deux jours après, le 17 janvier 1952, avant que nous n'ayons eu le temps de constater les effets du nouveau traitement, la malade entre en travail et se présente à la Clinique de Montfleury où elle est admise à 18 heures.



A l'entrée on note :

**A 18 heures :**

Persistance des œdèmes des membres inférieurs.

Tension : 19,5-12. Albumine : 15 gr.

Col épais dilaté à deux francs — membres intacts.

Tête haute, mais bien centrée en voie d'engagement.

B D C perçus au foyer droit.

1 spasmalgine.

**A 20 heures :**

Douleurs suivies et intenses.

Dilatation à cinq francs — tête amorcée.

Ruptures artificielles des membranes.

Liquide teinté — 1 spasmalgine.

Tension : 22,5-14.

Sérum hypertonique sucré intra-veineuse : 50 cc.

**A 21 heures :**

La tête plonge bien en O I D P.

Dilatation à petite paume.

Col encore dur et épais.

Douleurs très vives.

1 spasmalgine.

**A 24 heures :**

Dilatation complète.

La tête atteint le périnée.

Après quelques efforts d'expulsion, la tension étant montée à 25,5-15 on fait une application rapide de forceps sur trilène qui ramène, après épisiotomie gauche, un enfant vivant du sexe masculin pesant 2.450 gr.

**A 0 h. 15 :**

Délivrance naturelle, placenta complet ne présentant aucun infarctus récent ou ancien et pesant 650 gr.

Pas d'hémorragie notable.

Tension : 14,5-11.

**19 janvier :**

Etat général satisfaisant.

Tension : 13,5-10.

On reprend le régime d'Epstein.

**23 janvier :**

Amélioration persistante avec élimination urinaire de 1.800 par 24 heures.

Albuminurie à 0,90.

Pas de cylindres rénaux.

Présence de corpuscules biréfringents.

25 janvier :

La malade quitte la Clinique.  
Les œdèmes ont pratiquement disparu.  
La tension est à 14-7.  
L'albuminurie est à 0,40.

Elle est ensuite confiée au D<sup>r</sup> BENMUSSA qui confirme le diagnostic et le traitement et ajoute du Phénergan. Un hémogramme donne :

G. R. : 3.000.000.

G. B. : 10.000.

Poly neutro : 81 %.

Poly baso : 0,5

Anisocytose - polychromie.

Urine : 1 gr 60.

Corpuscules biréfringents.

L'état s'améliore rapidement. Au 15 mai : tension normale, 13-7.  
Albumine : 0,20.

Ajoutons que la malade allaite son bébé lequel se développe normalement.

1<sup>er</sup> juillet 1952 : état général de la mère et de l'enfant tout à fait normal.

Bilan humoral :

#### DANS LE SANG

1° Le syndrome néphrosique a disparu :

a) Les protéines totales ont remonté au taux normal de 72 gr <sup>0</sup>/<sub>100</sub>.  
(Normale : 75 gr <sup>0</sup>/<sub>100</sub>).

Toutefois le rapport sérines/globulines est encore légèrement inversé :

Sérines . . . . . 32 gr

Globulines . . . . . 40 gr

Rapport sérines/globulines = 0,8.

b) Les lipides totaux :

Le cholestérol est descendu au chiffre normal de 1 gr 83 %.

2° Le fonctionnement rénal est tout à fait normal : Azotémie = 0 gr 35 <sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

#### DANS LES URINES

— Pas de cylindres rénaux.

— Pas d'albumine.

— Disparition de corpuscules biréfringents.

Au 15 juillet 1952 la malade est à nouveau revue.

L'absence de tous signes cliniques, la disparition totale des œdè-

# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT  
OLÉO  
INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.  
SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice

du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

× gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Menopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

MODE D'EMPLOI : 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS



mes, de l'albuminurie, nous permet d'affirmer qu'il ne persiste aucune trace de l'affection néphrosique.

Trois ans plus tard, en 1955, la malade vient nous consulter pour une nouvelle grossesse. Celle-ci se déroule d'une façon normale cette fois, sans aucun signe de néphrose lipoïdique, sans hypertension ni albuminurie. Accouchement à terme d'un enfant vivant en bonne santé.

Jusqu'à ce jour (15 juin 1956) nous avons revu la malade, son état général se maintenant toujours excellent et il n'est plus question de néphrose lipoïdique.

\* \*

Ce syndrome de néphrose lipoïdique constaté au cours d'une grossesse, disparaissant après l'accouchement pour ne plus réapparaître malgré une grossesse ultérieure, nous a paru assez intéressant pour être signalé. En outre, sa coïncidence avec un état de néphropathie gravidique indiscutable caractérisé par l'hypertension artérielle et le syndrome d'éclampsisme de BAR est aussi une particularité qu'il y a lieu de retenir.

Ainsi que nous l'avons dénommé il s'est agi d'un syndrome de néphrose lipoïdique, éphémère passager et non de néphrose lipoïdique, maladie telle qu'elle a été décrite par MUNCK, WARHARD et EPSTEIN en 1925.

A ce propos, l'étude de l'histoire de la néphrose lipoïdique au cours de la gestation, est particulièrement intéressante et permet d'avoir une idée précise sur l'évolution des conceptions à ce sujet.

La première observation de néphrose lipoïdique au cours de la grossesse a été relatée en 1932 par LÉVY-SOLAL et Maurice MEYER. Il s'agissait d'une forme mixte de néphrose-néphrite à évolution sévère qui n'a pas été influencée par l'accouchement, si bien que ces auteurs ont pu affirmer que cette affection n'avait aucun rapport avec la gestation et qui, selon eux, constituait une éventualité fort rare sinon exceptionnelle.

En 1938, ABUREL, ORNSTEIN et BAR ont publié dans la « Revue Française de Gynécologie » une importante étude sur le syndrome de la néphrose lipoïdique au cours de la gestation. Après avoir spécifié qu'il s'agissait bien d'un syndrome et non d'une entité morbide ils relatent un certain nombre d'observations de ce syndrome au cours de la grossesse et mettent en évidence la parenté de son bilan humoral avec celui de la grossesse normale.

En effet :

— L'hypercholestérolémie gravidique est bien connue depuis CHAUFFARD.

— L'hyperlipidémie est très fréquente ainsi que l'a montré ABUREL.

— La chute du taux des protéines décrite par GANCHERAND est de constatation courante vers la fin de la gestation.

— Enfin, les troubles du métabolisme de l'eau n'ont-ils pas été constatés dans la proposition de 50 % de gestation par LÉVY-SOLAL (Congrès de 1935).

Si l'on ajoute qu'ABUREL et ses collaborateurs ont constaté la présence de corpuscules biréfringents dans les toxiques graves et dans l'éclampsie (constatation qui est aussi la nôtre) on comprend qu'à l'inverse de LÉVY-SOLAL et M. MEYER ils puissent trouver une relation entre le syndrome de la néphrose lipoïdique et la gestation laquelle constitue pour eux un facteur favorisant à son apparition.

L'école lyonnaise avec VORON, PIGEAUD, RHENTER, TRILLATONT a à son tour publié de nouveaux cas de néphrose lipoïdique au cours de la grossesse.

Enfin, on retrouve en 1947, dans une importante étude de P. MAGNIN et M. DUMONT, les échos des affirmations d'ABUREL, ORNSTEIN et BAR.

Reprenant les éléments du syndrome humoral de la gestation normale, ils constatent son identité avec celui de la néphrose lipoïdique dont l'étiologie relève de l'état gravidique et, pour donner alors plus de poids à leurs affirmations, ils qualifient ce syndrome de néphrose lipoïdique gravidique.

Si l'on consulte enfin le chapitre très touffu de la pathogénie de la néphrose lipoïdique gravidique on y trouve une foule d'hypothèses qui peuvent se résumer en deux thèses principales : la théorie rénale et la théorie humorale.

Pour les uns la lésion rénale est initiale.

Il y aurait perméabilité anormale des parois des capillaires du glomérule aux albumines du sang.

Le glomérule serait en quelque sorte percé et favoriserait la fuite des protéines en particulier la sérine, le terme de diabète protéinique a été employé.

Pour les autres, l'hypoprotéïnémie et l'hyperlipidémie seraient primitives en corrélation avec la dysendocrinie gravidique.

P. MAGNIN et M. DUMONT se demandent d'ailleurs si la grossesse qui peut créer de toutes pièces le syndrome de la néphropathie gravidique n'est pas capable de déterminer aussi les perturbations humorales qui conditionnent la néphrose.

Cette esquisse rapide de l'historique de la néphrose lipoïdique au cours de la gestation nous montre l'évolution des idées depuis l'observation princeps de LÉVY-SOLAL et M. MEYER.

Notre observation nous paraît être une illustration de l'hypothèse de P. MAGNIN et M. DUMONT.

L'état de « dysgravidie » engendre dans le cas qui nous occupe le syndrome de néphrose associé à celui de la néphropathie. Les deux

syndromes ont d'ailleurs disparu après l'accouchement pour ne plus réapparaître par la suite.

La coexistence de ces deux syndromes pose en outre un problème diététique fort délicat puisque la néphrose exige un régime hyperprotéidique sans graisse mais non déchloruré. Dans notre observation, le diagnostic de syndrome néphrosique n'ayant été posé qu'après-coup, notre malade a d'abord été soumise à un régime lacté déchloruré très strict alors qu'avant de nous consulter elle avait déjà suivi un régime lacté pendant plus de trois semaines. On peut se demander si la prolongation exagérée d'un régime lacté (un mois à peu près) n'a pas été un facteur favorisant à l'apparition du syndrome néphrosique. Simple hypothèse, il est vrai, puisqu'aucun bilan humoral n'avait été fait au début. Cependant, il semble bien qu'en matière de diététique de l'albuminerie graveide c'est avant tout le régime « désodé » qui est nécessaire, associé cependant à une certaine ration de protéines, laquelle a manqué à notre malade.

En définitive, il semble qu'il faille distinguer deux grandes classes de faits cliniques :

Les uns se rapportent à des néphroses-maladie préexistant à la grossesse et la plupart du temps aggravées par elle. C'est dans ces circonstances cliniques que se posent l'indication de l'interruption et même de la stérilisation.

Les autres consistent en des syndromes de néphrose lipoïdique créés de toute pièce par l'état gravidique au même titre que la néphropathie gravidique. Ces derniers sont éphémères et disparaissent avec l'état de « dysgravidie » qui les a engendré.

C'est dans cette dernière variété de faits cliniques qu'il faut classer notre observation.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÈRA)

choline, papaine  
sels biliaires  
boldo

**EUCHOBYL**

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



# ATS



**POMMADE SOLUTION**

**TUBE DE 30 g FLACON DE 45 cm<sup>3</sup>**

ASSOCIATION STABILISÉE  
D'ACIDE TRICHLORACÉTIQUE A 3%  
ET D'ACIDE SALICYLIQUE



**BACTÉRICIDE • ANTIVIRAL  
ANTI PRURIGINEUX**



ECZÉMAS SUIVANTS, PRURIGINEUX ET LICHÉNIFIÉS  
PRURITS GÉNÉRALISÉS ET LOCALISÉS  
PLAIES INFECTÉES  
GINGIVO-STOMATITES • APHTES BUCCAUX  
PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE • PERLÈCHE  
ANGINES • PHARYNGITES  
OTITES CHRONIQUES

98, RUE DE SÈVRES • PARIS-VII<sup>e</sup>

**THERAPLIX**



AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet

## Revue des Thèses

---

**Considérations sur le Traitement Chirurgical des Ruptures Utérines au cours du Travail** — Antoine SANTONI, 9 avril 1956, Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Les observations qui ont servi de base à ce travail ont été relevées à la Maternité de l'Hôpital Sadiki durant ces quatre dernières années. De cette étude, nous pouvons tirer deux ordres de conclusions : les unes, d'ordre médico-social, reflétant la situation de l'obstétrique en Tunisie chez la femme musulmane; les autres, purement obstétricales.

La rupture utérine est encore un accident fréquent en Tunisie. Les raisons de ce triste privilège tiennent surtout aux dystocias dues à l'ignorance, la négligence et les usages locaux. La dystocie reste un fléau social.

Il est à remarquer que la lutte contre cette dernière est surtout un problème rural, car toutes les grandes villes sont actuellement pourvues de maternités bien organisées, comparables aux grands services français, mais malheureusement de capacité insuffisante pour le nombre d'accouchements qui y sont effectués. Dans ces maternités, les résultats du traitement des dystocias sont excellents, mais notre action ne doit pas être jugée sur les statistiques recueillies en milieu urbain, chez des populations citadines évoluées et facilement accessibles au progrès. Il faut bien se pénétrer de cette idée que la majorité des accouchements, dans le milieu rural, qui représente les 4/5 de la population, échappe encore à tout contrôle médical. Tous les efforts doivent tendre à réaliser une pénétration progressive dans les milieux féminins de campagne, afin d'instruire les femmes des dangers qu'elles peuvent courir au cours de tout accouchement et des moyens de prévenir les accidents de la parturition.

Le fatalisme musulman est surtout fait de l'ignorance des possibilités de la science dans tous les domaines. Nous ne pensons pas qu'il soit impossible de surmonter les préjugés et la négligence de la population. Il suffira de mettre à la disposition des femmes musulmanes une organisation sérieuse et décentralisée, pour transformer rapidement leurs habitudes et voir disparaître les méfaits des matrones.

L'expérience en a été faite à Tunis. Elle a réussi.

Dans cette thèse, notre attention s'est portée sur le problème du traitement des ruptures utérines et, plus particulièrement, le traitement chirurgical.

Cette étude porte sur 40 cas de ruptures utérines complètes survenues au cours du travail et traitées à la Maternité de l'Hôpital Sadiki.



Lorsque le diagnostic de rupture utérine est fait dans ces conditions, l'indication opératoire ne se discute pas. Par contre, le choix de l'intervention à pratiquer, le moment où la pratiquer, restent les problèmes délicats et discutés, c'est essentiellement eux qui font l'objet de ce travail.

PIGÉAUD a déjà insisté sur le fait que les puissants moyens anti-infectieux que nous possédons actuellement doivent permettre des interventions conservatrices. De nombreux auteurs ont rapporté des observations de guérison par suture, mais c'est surtout l'école d'Alger, avec LAFFONT, FERAGGI, BONAFOS et GARÈS, qui ont insisté sur les résultats obtenus avec cette technique.

En effet, à tous égards, la suture conservatrice paraît une intervention satisfaisante comme traitement de la rupture utérine. Moins choquante que l'hystérectomie, associée ou non à une ligature des trompes, elle évite une mutilation regrettable chez une femme le plus souvent encore jeune.

Sur 40 ruptures utérines, dans 10 cas, nous avons, chaque fois que la conservation de l'utérus a semblé possible, c'est-à-dire vascularisation intacte et tissus non ou peu mortifiés, pratiqué une suture. Le temps écoulé depuis le début de l'accident (toujours très imprécis chez la malade musulmane) variant entre 10 et 24 heures, n'a que peu influencé l'indication de la technique. L'état infectieux était modéré et la rupture, siégeant sur le bord, verticale ou horizontale, secondaire à une hystérotomie segmentaire transversale, était à bords nets. C'est, à notre avis, le cas-type où la suture peut être tentée.

Cette expérience, confirmant les avis de PIGÉAUD, et se superposant aux expériences algéroises, nous paraît très concluante. Cependant, dans 21 cas, nous avons pratiqué l'hystérectomie et non une suture conservatrice. Des raisons d'ordre anatomique nous ont écarté de cette technique. C'est l'état des lésions utérines, quant à leur étendue et leur gravité, qui nous a fait préférer cette conduite, la suture paraissant impossible ou délicate, ou ne laissant aucune garantie quant à sa solidité.

Nos conclusions concernant le traitement des ruptures utérines au cours du travail seront donc :

1° **Suture utérine**, immédiate après déchoquage, avec ou sans section des trompes, en cas de rupture récente, si les conditions anatomiques le permettent.

2° **Hystérectomie**, si les lésions utérines paraissent trop étendues, si elles paraissent compromettre la vitalité de l'organe (lésion vasculaires importantes) ou si la suture paraît difficilement réalisable, soit par mauvais état des tissus, soit par infection.

Ces conclusions se rapprochent de très près de celles récemment données par les auteurs algérois, ceci n'a rien de très surprenant, car nous intervenons dans des conditions très voisines des leurs. Grâce aux



antibiotiques, aux nouvelles techniques et aux possibilités de réanimation, nos résultats se sont très améliorés. Dans la dernière statistique de 1950, portant sur 36 cas, nous comptons jusqu'à 70 % de mortalité, alors que dans cette série, nous n'avons eu à déplorer que quatre morts sur 31 cas opérables, soit 85 % de guérisons et, en comptant les 9 cas inopérables, 67,5 % de guérisons.

\*  
\*  
\*

**Traitement des Crises d'Eclampsie à la Maternité de l'Hôpital Sadiki de Tunis** — ENZO BERRAFATO, 1956, Faculté de Médecine de Paris.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Notre expérience du coma éclamptique qui porte sur les soixante cas décrits dans cette thèse nous porte à croire que le traitement que nous appliquons actuellement (phénergan, diparcol, dolosal, largactil, en perfusion intraveineuse lente) est rapidement actif, au moins sur les crises, le coma, la tension artérielle et la température.

La chute de l'albuminurie et surtout l'action secondaire sur la diurèse sont moins nettes.

Les crises disparaissent ou tout au moins s'atténuent, le coma devient plus calme, la respiration se régularise.

L'accalmie ainsi obtenue nous permet de poser dans le calme les indications obstétricales, intervention par voie basse si la dilatation le permet, césarienne si les circonstances cliniques la dictent. Cela pour évacuer l'utérus au plus tôt, car quelles que soient leurs idées sur la pathogénie de l'éclampsie, la plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'il faut évacuer l'utérus.

D'autre part, le traitement constitue par lui-même une excellente préparation au choc opératoire possible, il favorise l'anesthésie qui est ainsi pratiquée à minima, il semble protéger le fœtus contre l'anoxie et les toxiques.

Parmi ses autres avantages, sa facilité d'administration et sa rapidité d'action sont d'un intérêt considérable dans les cas que nous sommes appelés à traiter à la Maternité de l'Hôpital Sadiki de Tunis.

Les résultats par nous obtenus avec ce traitement nous paraissent constituer un progrès certain sur ceux de nos précédentes méthodes.

La mortalité maternelle de plus de 50 % en 1949 est tombée à moins de 10 % actuellement. La mortalité fœtale qui était énorme (80 %) n'ex-cède pas les 20 %.

Ce traitement a été appliqué avec un égal succès par d'autres.

Après avoir essayé les différents traitements proposés par de nombreux auteurs, il nous est apparu comme étant le procédé thérapeutique qui nous a donné les meilleurs résultats.

Il ne prétend pas résumer le traitement de l'éclampsie, mais constitue uniquement un traitement d'urgence des crises éclamptiques.



## HEMORROÏDES

- CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES  
100 à 500 gouttes par jour
- TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
30 à 90 gouttes par jour

VARICES . PHLÉBITES . ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES  
VEINEUX . FRAGILITÉ CAPILLAIRE . ENGELURES  
30 à 300 gouttes par jour

Toutes les doses ci-dessus doivent être absorbées en  
prises fractionnées

# Intrait de Marron d'Inde "P"

*La préparation la plus riche en vitamines "P" native*

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3 000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 434  
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1 000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 179

11.000<sup>γ</sup>  
de  
Vitamine P  
par cc.



Remboursé par la Sécurité Sociale  
Échantillons sur demande

## Société de Médecine de Paris

SEANCE DU 24 MAI 1956

*Communications :*

— G. ROSENTHAL : « *Aphorismes contre la fatigue intellectuelle normale* ».

M. G. ROSENTHAL; résumé en quelques aphorismes les points essentiels. Il insiste sur :

- la valeur primordiale de la halte horaire analogue à la halte horaire des grandes manœuvres;
- les états intermédiaires entre la santé et la maladie, d'où la nécessité de surveiller le petit astigmatisme, l'état dentaire, le chimisme stomacal, l'hypoglycémie temporaire. Il décrit l'importance du travail alterné de la double lecture, (superficielle, puis attentive) de la lecture avant la nuit. Les lumières électriques sont d'un usage à éviter autant que possible.

— J. SALLET, P. TIXIER et COLM : « *Réactions antrales au cours de l'évolution des ulcères du duodéal* ».

Jean SALLET, P. TIXIER et COLM rapportent deux observations d'ulcère du bulbe duodéal compliqué de modifications antrales qui rappellent les images organo-fonctionnelles de l'antra décrites par GUTMANN au cours des ulcères de la petite courbure, l'intervention révéla dans les deux cas, l'intégrité de la muqueuse gastrique et l'absence de tout ulcus de la petite courbure. Les auteurs invoquent pour expliquer ces faits, l'existence d'un spasme par réflexe du système autonome gastrique, et attirent l'attention des cliniciens sur les difficultés diagnostiques auxquelles expose la constatation de ces images souvent pseudo-lacunaires.

— M. JOLY : « *A propos de l'opacité de la vésicule biliaire* ».

Ayant eu l'occasion d'opacifier, à des dates différentes une même vésicule biliaire par trois produits différents, l'auteur conclut : les produits d'opacification du type « radiotétrane » sont effacés par ceux du type « télépaque ». Si l'on veut se limiter à l'étude de la vésicule biliaire elle-même, les produits du genre « télépaque » donnent d'excellentes opacifications, avec un mode d'absorption vraiment simple et inoffensif. Si l'on veut y ajouter l'étude des voies biliaires, l'injection intra-veineuse de produits type « radio-sélection biliaire » s'impose.

— LONGUET et MARDRUS : « *Essai de traitement des névromes d'amputation par hydrocortisone locale* ».

Les auteurs présentent trois premières observations de névromes après amputation, remarquablement améliorés sinon guéris, par infiltrations d'hydrocortisone « in situ ».



Chaque cas est étudié par le détail, et l'effet de l'hormone anti-inflammatoire naturelle du cortex surrénal paraît triple :

- analgésique immédiat;
- durable, parce que très lentement diffusible;
- anti-scléreux.

Cette action paraît s'exercer aussi bien sur la prolifération du cylindre que sur celle de la Névroglie, et rejoint par là les résultats bien connus maintenant de l'hydrocortisone dans les tissus conjonctifs.

Les autres se demandent s'il n'y aurait pas intérêt à infiltrer d'hydrocortisone tout moignon d'amputation, à titre préventif.

#### SEANCE DU 28 JUIN 1956

##### *Communications :*

-- M. DE KOUROCH : « *Problème de Gèrontologie et Syndrome de Mycose Interne* ».

RESUME : Les signes du vieillissement progressif se retrouvent avec leur explication physiologique dans le Syndrome de Mycose Interne, primitive ou post-antibiotique, qui fait suite au Syndrome de Mycose Artérite (Vie Médicale, janvier 1952).

Ce Syndrome est caractérisé par :

1° La présence chez tout homme, de 40 ans, de nos régions, d'une mycose interne simple ou associée, digestive ou pulmonaire.

Les Monilioses étant les plus fréquentes.

2° Cette mycose produit une toxine neurotrope envers le Système Neuro-Végétatif, d'où intoxication chronique de ce dernier.

3° Les conséquences de cette intoxication sont mises en valeur par les règles classiques et les acquisitions récentes de la physiologie, à savoir : la neurotomie, traduisant l'intoxication propre du S.N.V., les spasmes : intestinaux, viscéraux, mais surtout artériels.

Les spasmes artériels peuvent entraîner les conséquences décrites dans le Syndrome de Reilly du point de vue artérite, mais avant ce stade, perturbent tout le fonctionnement normal d'irrigation des viscères, des glandes endocrines et aussi du Système nerveux. D'où, dysendocrinie et déminéralisation et alcalinisation du terrain. Le spasme des vasa-vasorum des grosses et moyennes artères prépare l'athéromatose.

4° Les Monilioses post-antibiotiques chez les enfants, surtout avant la puberté, entraînent une dysendocrinie chronique dont les manifestations commencent à devenir visibles chez les jeunes gens actuels.

— Présentation par le Dr VASSY : « *Epithélioma du col utérin in situ avec projections* ».

RESUME : Epithélioma in situ du col utérin.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la guérison du cancer dépend avant tout, un diagnostic précoce.

L'épithélioma in situ est une lésion dont la destinée est pour la majorité des auteurs, dans un délai de 3 à 10 ans, le cancer invasif.

Le diagnostic de l'épithélioma in situ, pauvre en signes cliniques ne peut être fait que par l'histologie, la lésion ayant été dépistée par l'examen systématique au spéculum, la colposcopie et surtout par les frottis vaginaux.

Le diagnostic histologique différentiel avec les dysplasies épithéliales et le début d'invasion sera fait, étant donné la coexistence possible de ces lésions, à l'aide d'une biopsie large, dont la conisation demeure le type même le plus satisfaisant.

La thérapeutique est chirurgicale : hystérectomie, totale, amputation du col ou même dans certains cas, conisation du col; bien faite et suivie d'une surveillance cytologique.

— Communication de M. F. FLANDIN :

« Urétrites à Staphylocoques « de sortie » après blennorrhagie et Displocoques de Neisser guéries par des Antibiotiques ».

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

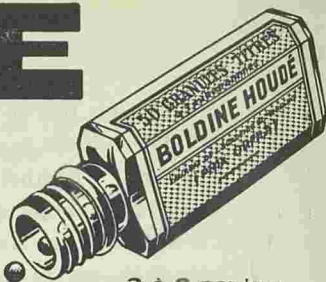
8 gammas

Vitamine B<sub>12</sub>

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

# BOLDINE HOUDÉ



GRANULES  
TITRÉS  
à 1 milligramme

3 à 6 par jour

LITHIASÉ  
BILIAIRE

CONGESTION DU FOIE

HYPERTROPHIE DU FOIE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE

# FOIE

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



# FRÉNANTOL

COMPRIMÉS

AMPOULES INJECTABLES  
ONGUENT

**LAROCHE - NAVARRON**

63 RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-35



INFORMATIONS

**Journées de Réanimation Médicale  
de l'Hôpital Necker et du Centre National  
de Transfusion Sanguine ( 2 Octobre 1956 )**

---

**I. — CONFERENCES THEORIQUES**

(Hôpital Necker)

- 9 h. 15 - **Introduction**  
Prof. Agr. J. HAMBURGER,  
Médecin de l'Hôpital Necker.
- 9 h. 30 - **Contrôle de l'équilibre respiratoire :**  
Techniques de contrôle humoral de l'équilibre respiratoire  
M. J. J. POCIDALO,  
Chef de Laboratoire à la Faculté.
- 10 h. - **La trachéotomie en réanimation médicale :**  
Surveillance du sujet trachéotomisé  
Docteur M. RAPIN,  
Chef de Clinique à la Faculté.
- 10 h. 30 - **Contrôle de l'équilibre excrétoire :**  
L'acidose rénale  
Docteur G. RICHET,  
Médecin des Hôpitaux de Paris.
- 11 h. - **Contrôle de l'équilibre hydro-électrolytique :**  
Calcul et surveillance du bilan hydrique  
Docteur J. L. FUNCK-BRENTANO,  
Chef de Clinique à la Faculté.
- 11 h. 30 - **Contrôle de l'équilibre nutritif et hygiène du grand malade :**  
Prévention et traitement des escarres de décubitus  
Docteur R. VILAIN,  
Chef de Clinique à la Faculté.
- 12 h. 30 - Déjeuner.
- 14 h. - **Contrôle de l'équilibre circulatoire et contrôle de l'hémostase**  
Colloque sur le traitement des embolies pulmonaires :  
- Les troubles circulatoires  
Docteur H. CHEVALIER  
- Les troubles de la coagulation  
Docteur J. P. SOULIER,  
Directeur du Centre National  
de Transfusion Sanguine.
- 15 heures - **Conclusion.**

II. — **DEMONSTRATIONS PRATIQUES**  
 (Service du Professeur Agrégé J. HAMBURGER)  
 Hôpital Necker

15 h. 30 à 18 heures :

- 1° Méthodes de traitement des insuffisances respiratoires aiguës  
 L'appareillage actuel de réanimation respiratoire  
 Prof. Agr. H. BOUR,  
 Médecin des Hôpitaux de Paris.
- 2° Usage des lits spéciaux pour grands malades  
 Docteur J. CROSNIER.
- 3° Tenue des protocoles et feuilles de « planning » en réanimation  
 Docteurs B. ANTOINE et H. DUCROT.
- 4° Procédés pratiques pour la détection des incompatibilités sanguines (épreuves indirectes et directes)  
 Docteur J. P. SOULIER  
 et ses collaborateurs.
- 5° Mesure de la densité du plasma et méthodes de contrôle de l'hémoconcentration, mesure du pH sanguin, mesure de la réserve alcaline  
 Docteur M. MASSON,  
 Chef de Laboratoire à l'Hôpital Necker  
 Mlle H. HUIBAN,  
 Stagiaire de Recherche du C.N.R.S.

\*

\*\*

Il est recommandé de s'inscrire assez à l'avance, le nombre des participants étant limité.

Prière d'envoyer les droits d'inscription au Docteur J. CROSNIER, Hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, Paris (Chèque bancaire ou C.C.P. Paris 711-917).

---

Imp. NICOLAS BASCONE & SAUVEUR MUSCAT — TUNIS  
 Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

---

**PETITE ANNONCE :**

Poste bon rapport à céder de suite banlieue Grenoble. Bonnes conditions à débattre. Docteur Jean FAYOLLAT à Domène (Isère).



MUCINUM

LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — Tunis



...comme

**V**itamine C **500** mg.

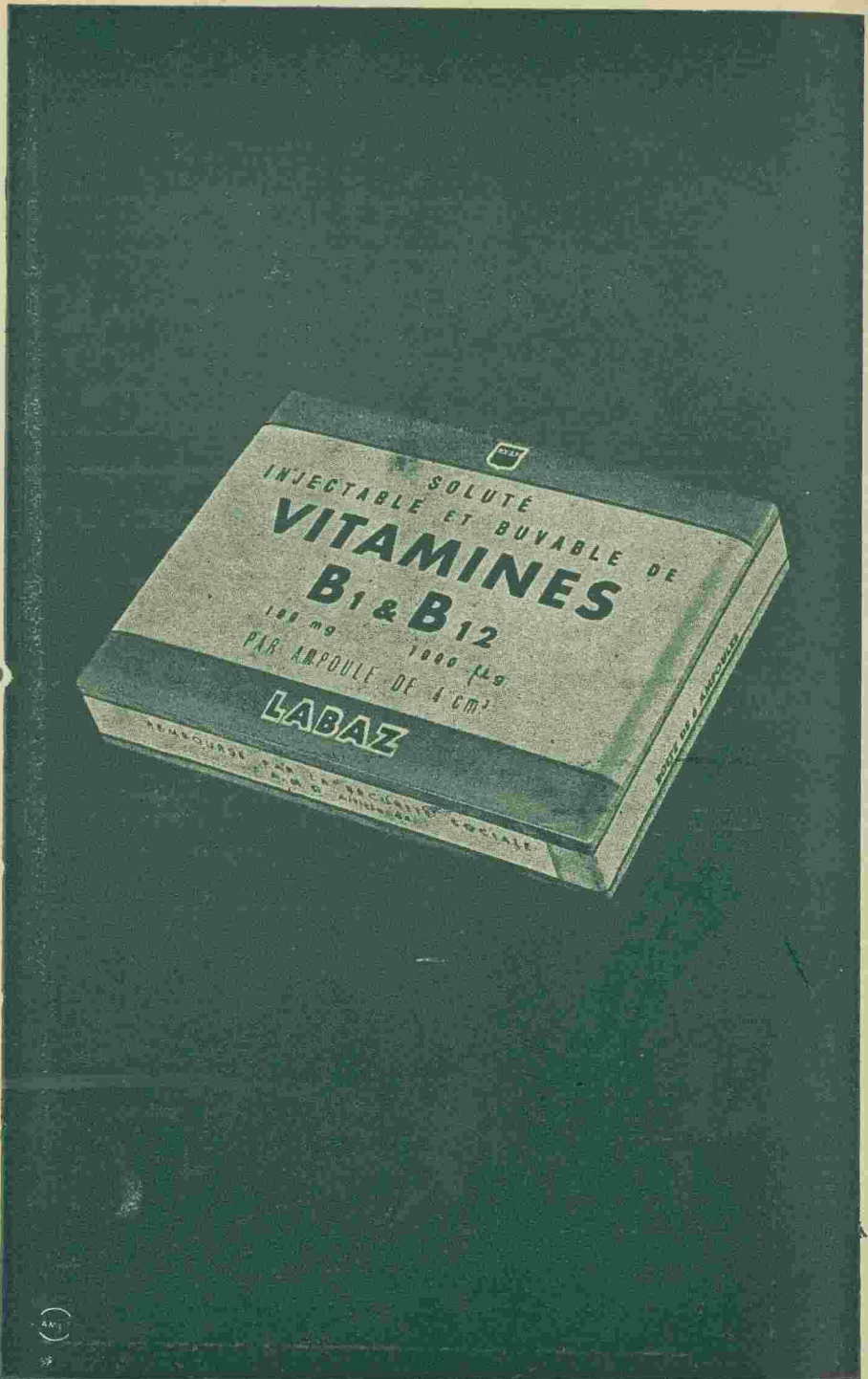


glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

*homologué et remboursé par la S.S.*

TUNISIE : Ets Nore, 61, Av. Garros - TUNIS - Téléphone : 282.090





TUNISIE : Els NOTE — 61, Av. Garros — TUNIS — Tél. 282.090

# LA TUNISIE MEDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS DE  
————— TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS —————

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

## ***DIASAL***

Le Sel diététique  
des régimes asodiques  
et des hypokaliémies

**Aspect et goût du Sel**

LABORATOIRE NATIVELLE - 27, Rue de la Procession - PARIS 15

# BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**



# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et  
BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |   |                              |                        |
|---|------------------------------|------------------------|
| — Le Rédacteur en Chef .....  | D <sup>r</sup> M. UZAN       | } Comité<br>de lecture |
| — Le Rédacteur en Chef Adjoint .....                                  | D <sup>r</sup> J. CUÉNANT    |                        |
| — Le Président de la Société des Sciences Médicales .....             | D <sup>r</sup> R. LADJIMI    |                        |
| — Messieurs les .....   | D <sup>r</sup> H. BONAN      |                        |
|   | D <sup>r</sup> M. HADJOUDJ   |                        |
| — Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....            | D <sup>r</sup> G. BORSONI    |                        |
| — Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre ..... | D <sup>r</sup> G. VALENSI    |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien .....        | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens .....     | D <sup>r</sup> S. AMAR       |                        |

*Administration* : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247.255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction Interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.

un nouveau champ d'action de la chimiothérapie:

**le diabète**

**DOLIPOL  
D-860**

N. (sulfonyl-p-methyl benzene) - N' - u - butylurée

**antidiabétique  
actif  
par voie orale**

**documentation  
médicale  
sur demande**

*comprimés à 0,50 g*

REMBOURSE S. S.

LES LABORATOIRES DIAMANT  
SOMEDIA

63, boulevard Haussmann - PARIS 8<sup>e</sup> - Anj. 46-30



PARVILLEC

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS

## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> Partie)

- L'Athérome : Maladie de la Civilisation*, par A. CALO . . . . . 687
- Société des Sciences Médicales de Tunisie* . . . . . 733
- Iléo-cysto-plastie pour séquelle vésicale de tuberculose rénale.  
Résultat datant de un an*, par J. CUÉNAnt et P. ZIRAH . . . . . 735
- Le pneumomédiastin pré-opératoire. Confrontation anatomique*,  
par A. ZAÏMI, J. BOUJENAH et J. DEMIRLEAU . . . . . 741
- A propos d'une poussée épidémique récente de méningites suppu-  
rées*, par S. BENMUSSA, R. DIDIER et R. BEN OSMAN. . . . . 749

ASSOCIATION DE 2 ACIDES AMINÉS SOUFRÉS

# LOBAMINE - CYSTEINE

TROUBLES DU MÉTABOLISME DES LIPIDES  
INSUFFISANCE HÉPATIQUE  
ÉTATS SÉBORRHÉIQUES - ALOPÉCIES  
CICATRISATION - RADIO-PROTECTION

MÉTHIONINE 0,35 g  
CYSTEINE 0,15 g  
pour 1 cachet  
4 à 6 cachets p. jour

Remboursable par la Sécurité Sociale



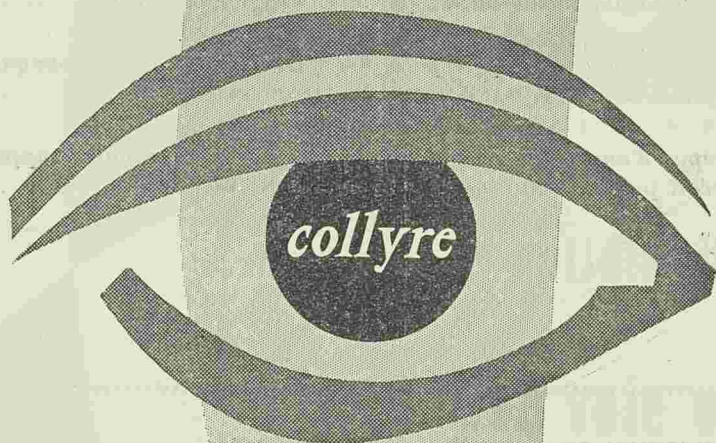
LABORATOIRES LOBICA · 25, RUE JASMIN · PARIS 16

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS



# NÉOMYCINE

DIAMANT



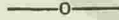
*Néomycine base : 3,5 pour 1.000  
Solution isotonique aux larmes*

**SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE**

67, bd Haussmann - Paris 8<sup>e</sup> - ANJ. 46-30

**TUNISIE** : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS

## SOMMAIRE (2<sup>me</sup> partie)



<i>Processus de destruction par anévrisme aortique, par le D<sup>r</sup> LAURENTI</i>	779
<i>Société des Sciences Médicales de l'A.O.F. . . . . .</i>	784
<i>Prix Chibret 1957 . . . . .</i>	786
<i>Médaille d'Or Chibret 1957 . . . . .</i>	787
<i>Informations . . . . .</i>	789
<i>Livres reçus . . . . .</i>	791

---

---

# vicéine

**antialgique**  
**antipyrétique**  
**analeptique**  
**antirhumatismal**  
à la vitamine C

Laboratoire

**ROGER BELLON**

Neuilly  
Paris

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS

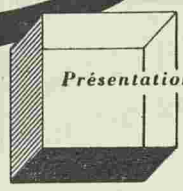


**anti-rhumatismal**

# cortalgone

*l*-ascorbo- $\alpha$ -phénylquinoléine- $\gamma$ -  
carboxylate de strontium.

- a**nti-algique
- a**nti-inflammatoire
- a**ntipyrétique
- a**toxique



**Présentation :** Boîte de 40 et 100 dragées  
(remboursées par la S. S.)

**Posologie :** 6 à 12 dragées par jour  
à intervalles réguliers entre les repas

laboratoires *Biosedra*

28, Rue Fortuny — Paris 17<sup>e</sup>  
Tél. : Carnot 20.22 et 23

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS



## L'Athérome, Maladie de la Civilisation

par A. CALO \*



Des observations de pratique courante mille fois répétées, que sont venues étayer de nombreuses statistiques de grande valeur, montrent que, depuis une quarantaine d'années, les maladies athéromateuses en général et les affections coronariennes en particulier frappent des sujets de plus en plus jeunes et qu'elles sont en si grande progression que, en certains pays, leur extension est en train de dépasser ou a déjà dépassé celle des autres principaux fléaux de l'humanité, la tuberculose et le cancer.

Cette inquiétante diffusion semble liée au mode de vie de l'époque moderne et, plus particulièrement, aux habitudes alimentaires, à l'usage du tabac et, en tout premier lieu, aux troubles émotifs répétés auxquels sont soumises les personnes « civilisées ».

La nature même de l'athérome, infiltration lipidique de l'intima artérielle, devait faire incriminer une nourriture trop riche en matières grasses ou des troubles du métabolisme des lipides; nous verrons combien d'arguments contradictoires s'affrontent dans cette théorie et quelle est la part de responsabilité qui semble revenir à ces facteurs.

Le rôle du tabac dans la genèse des maladies artérielles et plus particulièrement dans l'apparition de l'angine de poitrine constitue une question vieille maintenant de plus d'un siècle qui jouit d'un renouveau d'actualité depuis qu'on a signalé la rapide diffusion des maladies athéromateuses; de récentes recherches nous ont montré que ce rôle s'exerce non seulement par le mécanisme bien connu du spasme artériel, mais en apportant également de grosses perturbations au métabolisme des lipides.

Les perturbations neuro-psychiques semblent constituer le facteur étiologique de beaucoup le plus important de l'athérome.

Déjà depuis l'antiquité et jusqu'à une période encore très proche de nous, le bon sens populaire et la littérature leur avaient rattaché la plupart des cardiopathies et les expressions avoir le cœur gros, le cœur lourd, le cœur serré, le cœur brisé ou avoir mal au cœur démontrent encore la survivance de telles idées. Le mot cœur lui-même a été souvent utilisé dans les derniers siècles pour affection, amour, ardeur, courage, emploi qui, dit LITTRÉ, « provient d'une opinion ancienne et erronée qui plaçait le siège des passions dans le cœur parce que cet organe en ressentait immédiatement les effets manifestes ».

---

\* Ce travail, qui avait fait l'objet d'une « causerie » à l'Hôpital Charles Nicolle, de Tunis (Service du D<sup>r</sup> BENMUSSA) le 10 février 1955, a été publié en langue italienne dans « *Cardiologia Pratica* », 7 1-26, février 1956.

Lorsque sous l'empire d'une émotion nos pères sentaient redoubler le nombre et la force des pulsations cardiaques ou éprouvaient cette sensation de constriction précordiale si caractéristique, comment « ne pouvaient-ils pas se croire fondés à dire qu'ils étaient émus à la place même ou se portait machinalement leur main pour comprimer les battements de leur poitrine et pour en modérer les palpitations ? » Telle qu'elle était, cependant, cette conception ne pouvait avoir qu'un caractère empirique et, sous certains aspects, philosophique; au cours de ces dernières années, par contre, un remarquable ensemble de travaux cliniques, biologiques et expérimentaux ont permis de découvrir ou plutôt d'entrevoir la voie qui, de l'émotion, facteur psychique, aboutit à l'athérome, facteur anatomique. Dans cet exposé nous étudierons principalement les voies neuro-psychiques, hormonales, humorales, physico-chimiques et anatomiques par lesquelles passe cette voie et nous verrons que, tout comme le tabagisme, mais de façon encore plus paradoxale et avec de beaucoup plus vastes répercussions liées à leur plus grande fréquence, les chocs émotifs créent l'athérome non seulement par l'angiospasmie, mais surtout en provoquant un trouble dans le métabolisme des lipides.

Ainsi l'athérome, considéré jusqu'à ces derniers temps comme un état inévitable et incurable inhérent à la sénescence « des ans l'irréparable outrage », constitue une maladie liée, non pas à la vieillesse, mais à des facteurs étiologiques connus; ainsi, abandonnant la résignation fataliste des années passées au moment même où l'extraordinaire diffusion des affections athéromateuses nous fait jeter un cri d'alarme, nous pouvons entrevoir l'époque où, tout au moins en une certaine mesure, nous serons capables de prévenir, d'améliorer et de guérir ces maladies.

### ETIOLOGIE

Nous n'avons pas en vue ici une étude générale sur l'étiologie de l'athérome; nous ne voulons prendre en considération que les facteurs responsables de son actuelle diffusion, facteurs qui, comme nous essayerons de le démontrer, sont liés au mode de vie de l'époque actuelle. Nous négligerons donc délibérément toutes les causes qui sortent de ce cadre, telles que l'hérédité et les maladies qui en favorisent singulièrement l'apparition (diabète, myxœdème, xanthomatoses, néphrose lipidique de l'adulte, etc...).

### DONNEES STATISTIQUES

L'accroissement global des maladies athéromateuses en général et de l'angine de poitrine en particulier constitue une donnée de fait qui ressort principalement d'un certain nombre de statistiques bien documentées. Déjà il est assez impressionnant, rapporte GOBIN « que FLINT, qui connaissait évidemment le syndrome douloureux clinique de la

# UN IMPLANT LIQUIDE:

50, 100 et 250 mgr. pour 1cc

- solution  
huileuse limpide
- concentration  
maxima
- retard maximum:  
3 à 5 semaines

## ANDROTARDYL POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

**REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE**

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS  
SERVICE SCIENTIFIQUE :  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VII<sup>e</sup>  
TEL. INV 74-19

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS



maladie, ait pu rester, dans la deuxième moitié du siècle passé, cinq ans sans voir un seul angor à New-York ».

En Italie, l'Istituto Centrale di Statistica <sup>94b</sup> a dénombré en 1901 pour une population totale de 32.614.000 habitants, 64.506 morts pour maladies de l'appareil circulatoire dont 580 pour maladies des coronaires et angine de poitrine et, en 1951, pour une population de 47.055.000 habitants, respectivement 108.751 et 5.829 décès. Dans la même période le quotient de mortalité circulatoire par 100.000 habitants est passé de 193,3 à 233,1. Si, maintenant, nous bornons nos recherches à la période 1932-1951, il est facile d'observer la progression de la mortalité par maladies des coronaires et angine de poitrine (tableau I) par hypertension essentielle (tableau II) et par maladies athéromateuses en général (tableau III), progression qui, sauf pour les années de guerre et de l'après-guerre, est nettement plus rapide que l'augmentation de la population; nous verrons plus loin quelles sont les raisons qui peuvent expliquer le comportement particulier de ces courbes.

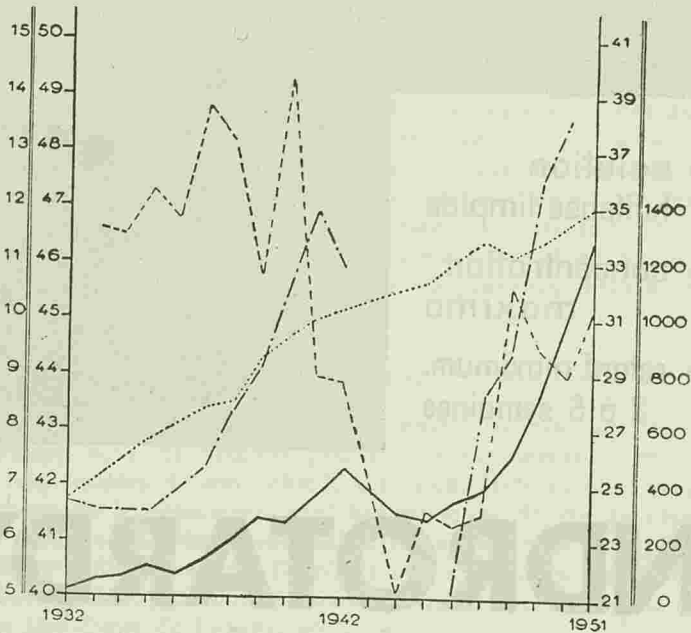


FIG. I

- Mortalité par maladies des coronaires et angine de poitrine (en milliers de décès).
- ..... Population italienne (en millions d'habitants).
- - - Consommation en matières grasses (en kilogrammes, par habitant).
- . - . Consommation en tabac (en tonnes, pour toute la population).

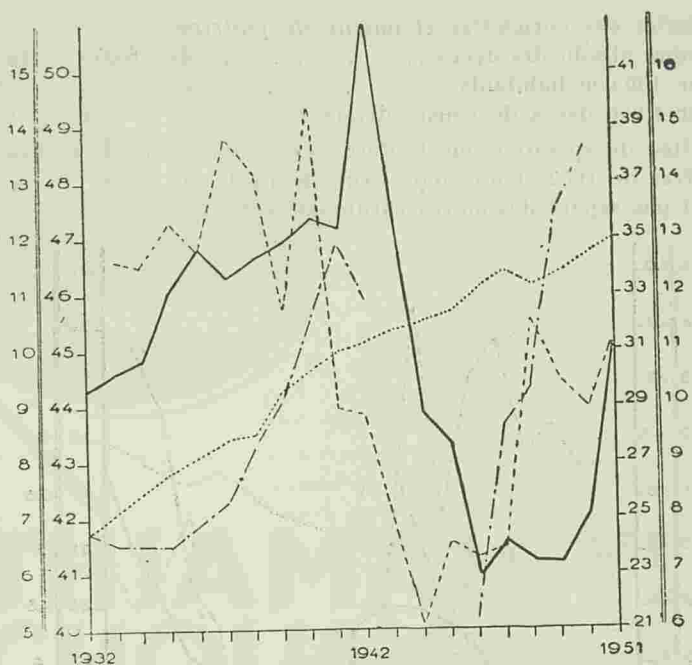


FIG. II

- Mortalité par artériosclérose (en milliers de décès).  
 . . . . . Population italienne (en millions d'habitants).  
 - - - - - Consommation en matières grasses (en kilogrammes, par habitant).  
 - . - . - Consommation en tabac (en tonnes, pour toute la population).

En France, d'après les indications fournies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques <sup>94a</sup>.

a) La mortalité attribuée aux cardiopathies dans leur ensemble a progressé comme suit de 1906 à 1935 :

nombre absolu des décès . . . . .	de 49.849 à 97.198
pour 100.000 habitants . . . . .	» 127 » 227
pour 1.000 décès de causes diverses . . . . .	» 64 » 176

b) La mortalité attribuée aux maladies des vaisseaux (non compris les affections cardiaques d'origine vasculaire et les lésions vasculaires intracrâniennes) a subi de 1930 à 1953 l'évolution ci-dessous :

nombre absolu des décès . . . . .	de 13.521 à 17.291
pour 100.000 habitants . . . . .	» 33 » 40
pour 1.000 décès de causes diverses . . . . .	» 21 » 31

c) La mortalité attribuée aux maladies athéromateuses a varié de la façon suivante de 1943 à 1952 :

1. *Maladies des coronaires et angine de poitrine :*

nombre absolu des décès . . . . .	de 6.090 à 15.401
pour 100.000 habitants . . . . .	» 17 » 36
pour 1.000 décès de causes diverses . . . . .	» 10 » 30

(il y a lieu de spécifier que l'infarctus du myocarde est compris dans les chiffres de 1952 et non dans ceux de 1943, car, avant l'année 1950, il n'était pas séparé des autres cardiopathies).

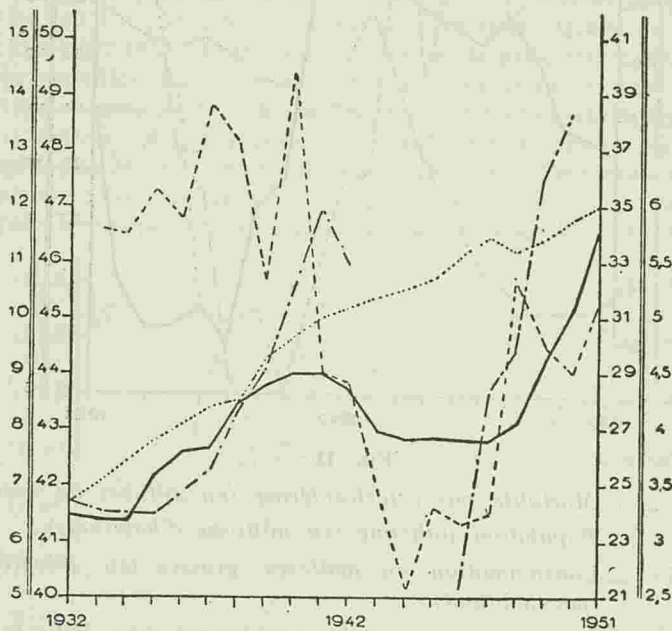


FIG. III

- Mortalité par hypertension essentielle (en unités).
- ..... Population italienne (en millions d'habitants).
- - - - Consommation en matières grasses (en kilogrammes, par habitant).
- . - . - Consommation en tabac (en tonnes, pour toute la population).

2 *Artériosclérose* (non compris les affections coronariennes) :

nombre absolu des décès . . . . .	de 2.229 à 3.371
pour 100.000 habitants . . . . .	» 6 » 8
pour 1.000 décès de causes diverses . . . . .	» 4 » 6

3 *Hypertension artérielle* (non compris les cas compliqués d'affections vasculaires cérébrales ou cardiaques) :

nombre absolu des décès . . . . .	de 576 à 3.146
pour 100.000 habitants . . . . .	» 2 » 7
pour 1.000 décès de causes diverses . . . . .	» 1 » 6



**ARTÉRITES  
ATHÉROSCLÉROSE  
DÉCHOLESTÉRINISATION  
HYPERTENSION  
SÉNESCENCE**

# **THIAMALGYL** **CHOLINE** *Vitaminé C*

Iodhydrate d'iodothiamine  
Chlorhydrate de choline  
Acide L. Ascorbique

**INJECTABLE** *5 cc. indolore*  
INTRAMUSCULAIRE

**COMPRIMÉS**

5 comprimés = 1 ampoule



**PAS D'APPORT DE SODIUM (RÉGIMES RESTRICTIFS)**

**REMBOURSABLE AUX A. S.**



2° A l'emploi d'une meilleure terminologie dans l'établissement des certificats des décès dans lesquels on se contente de moins en moins des expressions de myocardite ou de syncope cardiaque pour adopter celles d'angor, de coronarite ou d'infarctus du myocarde.

3° A un meilleur diagnostic, conséquence d'une meilleure connaissance de la maladie et du perfectionnement sans cesse croissant des méthodes d'investigation.

Ces objections ne résistent cependant pas entièrement à la critique. En effet :

1° L'augmentation de la mortalité coronarienne est proportionnellement beaucoup plus grande que celle des sujets ayant atteint l'âge coronarien. A l'appui de cette affirmation, ISCHLONDSKY<sup>99</sup> a rapporté les chiffres suivants, suffisamment explicites pour réduire à néant la première objection : aux Etats-Unis, pendant la période 1930-1948, le nombre de décès coronariens par 100.000 habitants est passé de 24,1 à 109,9 (proportion de 1 à 4,5) alors que celui des personnes âgées de 45 ans et plus, rapporté à la population totale, n'a varié que de 23,1 % à 27,6 % (proportion de 1 à 1,19).

2° Pour répondre à la deuxième objection, le même auteur a pris en considération la mortalité des deux sexes dans les différentes affections cardiaques. On sait que le rapport H/F de mortalité coronarienne est très différent de celui qui caractérise la mortalité globale des désions valvulaires et des myocardites; ces deux rapports sont respectivement de 2,5 : 1 et de 1,1 : 1, ce qui signifie que pour les maladies coronarienne il y a environ 2,5 décès masculins pour 1 décès féminin et pour le groupe valvulopathies-myocardites 1,1 décès masculin pour 1 féminin. Si, au cours de ces dernières années, et comme conséquence d'une meilleure terminologie, un nombre appréciable de cas appartenant au dernier groupe avait été transféré aux affections coronariennes, le rapport H/F de mortalité des valvulopathies et des myocardites aurait dû subir un changement notable, à savoir une diminution. Or, il n'en est rien et, en prenant comme point de repère les années 1933, 1940 et 1948, on voit que ce rapport s'est maintenu à 1 : 1,1 alors que celui de la mortalité coronarienne est successivement passé de 2,265 à 2,325 et à 2,561.

3° L'argument selon lequel l'augmentation des maladies coronariennes ne serait qu'apparente et due à une meilleure identification de ces affections grâce au perfectionnement des méthodes de diagnostic, est battu en brèche si on prend en considération non pas les diagnostics cliniques et les certificats de décès, sujets à erreurs, mais les protocoles d'autopsie effectués dans un service hospitalier dont le genre de clientèle n'a pas varié depuis de nombreuses années. MORRIS<sup>124</sup> rapporte qu'avant la première guerre mondiale le London Hospital avait en moyenne tous les ans une ou deux autopsies de thrombose coronarienne ou d'infarctus du myocarde à sa phase aiguë; depuis lors et jusqu'à la date de son travail (1950) ce nombre avait considérablement augmenté, comme cela apparaît au tableau V.



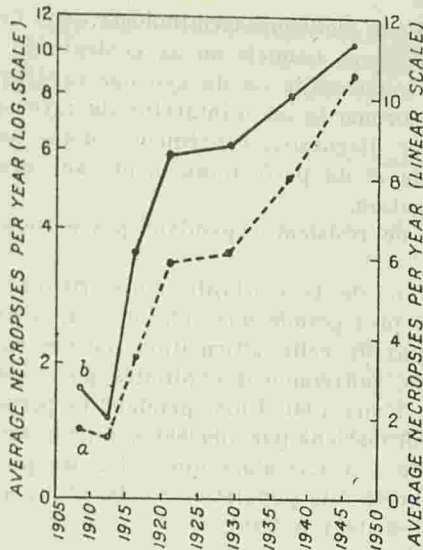


Tableau V. — Nombre des décès par thrombose coronarienne récente et par infarctus du myocarde aigu chez des sujets (hommes et femmes) âgés de 35 à 70 ans (autopsies faites au London Hospital de 1914 à 1949). (D'après MORRIS<sup>134</sup>).

Dans ce graphique il est facile d'observer une rapide augmentation de la mortalité coronarienne au cours de la première guerre mondiale, un plateau correspondant à la période de tranquillité et de prospérité qui lui a succédé et, à partir de 1930, une nouvelle et rapide progression qui a coïncidé avec les années d'inquiétude, de troubles sociaux et de marasme économique qui ont précédé le dernier conflit et avec ce conflit lui-même.

### EMOTIONS

L'augmentation relative des maladies coronariennes en fonction de certains événements extérieurs ou de certaines particularités individuelles est riche d'enseignements.

a) *Événements extérieurs.* Déjà au début du 19<sup>e</sup> siècle, CORVISART et TESTA, constatant que la période révolutionnaire avait été accompagnée et suivie d'une importante augmentation du nombre des cardiopathies, avaient attribué ce phénomène aux désordres de cette époque. Par la suite, des observations analogues ont été faites après les guerres de 1870-71, 1914-18 et 1939-45 et nous venons de démontrer, tout au moins pour les deux conflits mondiaux, la réalité de cette évolution.

Pendant la dernière guerre et au cours des années qui l'ont suivie, il m'a été donné de faire certaines constatations très significatives sur la fréquence des maladies athéromateuses et, en particulier, sur celle des affections coronariennes dans les différents groupes ethniques de la population tunisoise, diversement frappés par les événements. En 1940-43, à l'époque des lois de Vichy et de l'occupation allemande, et par la suite, avec un certain décalage, j'ai vu ces maladies

ANTISEPTIQUE  
INTESTINAL

# ENTÉRO VIOFORME

IODOCHLOROXYQUINOLEINE

**SPÉCIFIQUE  
DES DYSENTERIES  
À PROTOZOAIRES**

**IODE ORGANIQUEMENT COMBINÉ**

**INSOLUBLE  
NON TOXIQUE  
NON IRRITANT**

*Entéro-colites*

*Amibiase aiguë et chronique*

*Dysenteries parasitaires*

COMPRIMÉS à 0.25 g

LABORATOIRES

III, B<sup>e</sup> VIVIER-MERLE, LYON

**CIBA**

PARIS, 57, QUAI D'ORSAY





Comment expliquer la plus grande mortalité coronarienne des nord-américains alors que, par contre, la mortalité générale est de 20 % moins élevée aux Etats-Unis qu'en Angleterre ? Cette différence semble liée au différent rythme de vie des deux pays, rythme excessivement trépidant au Nouveau-Monde, encore en pleine fièvre de croissance et dominé par l'esprit d'entreprise, rythme beaucoup plus calme dans la vieille Angleterre où les traditions séculaires sont solidement établies et où le repos du dimanche, imposé par la religion, est non seulement scrupuleusement respecté, mais n'est même pas dénaturé par la course aux spectacles cinématographiques ou sportifs, le plus souvent producteurs de chocs émotifs néfastes.

La prédisposition des races de couleur pour les maladies artérielles en général et pour les affections coronariennes en particulier est différemment appréciée. En Indonésie, DE LANGEN<sup>33</sup> est frappé par le contraste existant entre la rareté des symptômes angineux chez les indigènes et leur fréquence chez les blancs (1 Javanais et 6 Chinois pour 19 Européens); par contre, les lésions de sclérose coronarienne étaient à peu près également réparties chez ces différents groupes ethniques. La rareté de l'athérome et surtout de ses formes sévères, a été signalée chez les populations autochtones de la Mélanésie par HYMAN<sup>93</sup>, de Costa-Rica par WILENS<sup>186</sup> et par FELCH<sup>48</sup>, d'Okinawa par STEINER<sup>173</sup> chez les Japonais et chez les Esquimaux par ROSENTHAL<sup>167</sup>, chez les Chinois par SNAPPER<sup>170, 171</sup>, chez les nègres Bantous par HIGGINSON<sup>86</sup>. Au Mexique, l'hypertension est beaucoup plus fréquente chez les sujets de souche européenne que chez les Indiens; CHAVEZ<sup>27</sup> attribue ce fait à la conformation mentale de ces derniers qui sont adaptés à leur vie et n'ont eu à subir ni mépris, ni persécutions depuis des générations. Aux Etats-Unis, pris dans leur totalité, la mortalité coronarienne et la diffusion de l'hypertension chez la race noire sont bien inférieures que chez la race blanche<sup>80, 95, 97</sup>. D'après ISCHLONDSKY<sup>95</sup>, non seulement cette différence serait très sensible (de l'ordre de 4 à 10), mais elle ne ferait que s'accroître; de 1940 à 1945 la mortalité coronarienne pour 100.000 personnes est passée pour la race blanche de 81,9 à 106,5, avec une progression de 30 % et, pour la race noire, de 37,7 à 41,0, avec une augmentation de 9 % seulement. D'après BERKONSKY et ROSENBAUM<sup>14</sup> l'hypertension artérielle serait exceptionnelle chez les nègres africains qui mènent une vie primitive et psychiquement calme alors que, dans le sud des Etats-Unis, ancienne région esclavagiste où les discriminations raciales sont loin d'avoir disparu, elle serait, à conditions économiques égales, deux fois plus fréquente chez les gens de couleur que chez les blancs.

Ainsi, de ces statistiques semble se dégager l'importance dans l'étiologie des maladies athéromateuses chez les gens de couleur, de deux facteurs différemment associés et agissant en sens opposé; d'une part un élément qui a tendance à en préserver ces sujets, c'est une constitution psychique naturelle plus calme, d'autre part un facteur prédisposant donné par les persécutions et par le mépris auxquels ces personnes sont exposées dans certains pays.

L'importance de ce facteur prédisposant est également manifeste chez les juifs dont la mortalité générale est, comme celle des noirs, inférieure à la mortalité de la moyenne de la population <sup>163, 173</sup>.

Une étude comparative effectuée en Argentine par BERKONSKY et ROSEMBAUM <sup>14</sup> montre que les juifs immigrés d'Europe à la suite des persécutions nazies sont hypertendus dans la proportion de 48,2 % contre 23,7 % chez les juifs depuis longtemps établis en ce pays. Dans une statistique de 5116 cas d'obstruction coronarienne aiguë mortelle, HEDLEY <sup>82</sup> a trouvé à Philadelphie que les juifs russes étaient deux fois plus souvent atteints que ceux qui étaient nés aux Etats-Unis.

En Israël, l'analyse de 412 cas d'infarctus du myocarde a montré en 1953 à DREYFUSS <sup>40</sup> que les juifs ASKENAZI, originaires d'Europe et ayant subi ou craint les persécutions que l'on sait, en sont beaucoup plus souvent frappés que les SEFARDI venu d'Espagne et de la Méditerranée Occidentale, qui n'ont pas été exposés aux mêmes angoisses, et que les juifs orientaux (Méditerranée Orientale, Arabie, Iran, etc.) qui, dans leur grande majorité, appartiennent « au classes sociales les plus basses et mènent un mode de vie plus primitif ».

En Tunisie le contraste est saisissant, à égalité de conditions économiques et sociales, de profession et d'habitudes alimentaires, entre la fréquence de ces maladies chez les juifs tunisiens, pour la plupart anxieux, insatisfaits et tourmentés par le désir d'améliorer leur culture, leur position sociale et leur situation, et leur rareté chez les musulmans tunisiens traditionalistes, de race sémite comme les premiers, mais à l'esprit calme, se contentant plus facilement de leur condition et toujours empreints d'un certain fatalisme. Par contre, il est très intéressant d'observer un renversement de ce rapport lorsque le juif n'est pas assujéti à ces inquiétudes et à ces angoisses et lorsque le musulman a adopté et a fait siennes les habitudes de vie occidentales. En vingt ans de pratique cardiologique en Tunisie, je ne me souviens pas d'avoir vu un seul cas de coronarite chez ces juifs de Djerba, l'île heureuse des Lotophages, qui mènent depuis dix-neuf siècles la même vie patriarcale émotivement très calme, alors que des exemples récents ont montré la vulnérabilité coronarienne des professionnels et des hauts fonctionnaires musulmans. C'est ainsi que, il y a deux ans, un chirurgien musulman de valeur est mort d'infarctus du myocarde à l'âge de 40 ans et je me rappelle avoir soigné avant la guerre un autre médecin, musulman tunisien également, qui avait fait aussi un infarctus à la suite d'une violente discussion avec un autre chirurgien, catholique français celui-là, qui s'en était tiré avec un œdème pulmonaire aigu. De même j'ai récemment soigné deux Caïds qui ont fait un infarctus au moment où l'un se portait devant un groupe d'émeutiers pour essayer de les calmer et où l'autre, dans les mêmes circonstances, se trouvait assiégé et en grand danger pour les siens et pour soi-même.

Un champ d'observations tout à fait comparable à celui de la Tunisie est offert par le Maroc où deux récentes enquêtes, l'une de

**NEURINASE**  
SOLUTION . COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES

*amorce le  
sommeil naturel*

VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

*Nouvelle  
Forme:  
Suppositoires*

**ALEPSAL**  
COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES

PHÉNOBARBITAL . BELLADONE STABILISÉE . CAFÉINE

10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1½ Cg. DYSTONIES

*simple, sûr, sans danger*

*Remboursés Sécurité Sociale*

**LAB. GÉNÉVRIER**  
45, Rue Michellis  
NEUILLY-PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS



**LABORATOIRES DEGLAUDE**  
15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV\*

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS

**DIGIBAÏNE**  
Tonique cardiaque

**SPASMOSÉDINE**  
Sédatif cardiaque

SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



STERNE <sup>174</sup> sur l'étiologie de la maladie hypertensive, l'autre de GOBIN <sup>62</sup> sur celle de l'angine de poitrine, viennent aboutir aux mêmes constatations et aux mêmes conclusions que celles que je viens d'exposer : l'importance des facteurs neuro-psychiques qui font que l'Israélite marocain qui mène la vie trépidante de l'Européen « profondément anxieux tendu vers l'avenir, avide de s'instruire et de s'élever » et marqué par des « siècles d'humiliation... dont les traces sont loin d'être toutes effacées <sup>174</sup>, est beaucoup plus souvent atteint par ces maladies que le Musulman, soumis aux mêmes agressions extérieures habitué au même régime alimentaire, mais qui vit dans une atmosphère psychologique lisse où rien ne vient le traumatiser. Il ne s'agit bien entendu pas — ajoute STERNE — d'une disposition psychologique innée, inhérente au Musulman marocain. C'est simplement le résultat de sa condition matérielle et de son éducation. Et la preuve, c'est que dès qu'il est soumis aux mêmes incitations psychologiques que l'Européen, du fait de sa situation et de ses responsabilités, l'incidence de la maladie hypertensive monte chez lui au même étiage que chez les autres ». Et, si l'on veut se référer aux chiffres, avec tout ce qu'une statistique peut comporter d'imprécis dans le milieu cosmopolite nord-africain je rapporterai les données obtenues par GOBIN <sup>64</sup> qui a trouvé que le pourcentage d'angineux au Maroc est de 6,5 pour les Musulmans, 9,9 chez les Européens et 12 chez les Israélites.

c) *Occupations professionnelles.* Les exemples que, parmi tant d'autres, je viens de rapporter dans les lignes précédentes, semblent déjà prouver l'existence d'une nette prédisposition de certaines professions pour les maladies athéromateuses, encore que, comme l'ont fait remarquer GERTLER et WHITE <sup>61</sup>, le choix de la profession et la tendance à l'athérome puissent découler au même titre du tempérament du sujet. En fait, les maladies athéromateuses frappent beaucoup plus les sujets qui travaillent avec leur cerveau que ceux qui travaillent avec leurs muscles (et cela explique peut-être leur plus grande fréquence dans la clientèle privé que dans l'hospitalière) et en particulier les hommes qui occupent des postes de commande dans l'industrie, dans le commerce et dans les banques, et certains fonctionnaires supportant de lourdes responsabilités; c'est pourquoi dans les pays de langue allemande on a donné à ces affections le nom significatif et qui ne nécessite aucune explication, de « MANAGER-KRANKHEIT ».

GRAF <sup>71</sup> a montré que la thrombose coronarienne, l'angor et les arhythmies sont 7 à 9 fois plus fréquentes chez ces sujets que dans la moyenne de la population. BIORK, OVERBECK et GRONVAL <sup>18</sup> trouvent également, en Suède, que ces maladies frappent avec prédilection les intellectuels.

D'après le *Register General Decennial Supplement de 1931* <sup>155</sup> la mortalité coronarienne est en Angleterre et aux Pays de Galles beaucoup plus élevée chez les membres du corps médical et chez les ecclésiastiques que chez les membres des autres professions. Si on prend le chif-

*Nouvelle  
présentation :*  
MYCODÉCYL SOLUTION  
*(acide undécylique à 10 % dans une base pénétrante)*  
*Nouvelle indication :*  
PITYRIASIS VERSICOLOR

# MYCODÉCYL

POUDRE - POMMADE - SOLUTION



*Mycoses des pieds  
et des espaces interdigitaux  
Mycoses des plis  
Pityriasis versicolor  
Prurit anal  
d'origine mycosique*



98, RUE DE SÈVRES, PARIS (VII<sup>e</sup>)

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet

fre 100 comme valeur moyenne de cette mortalité dans les différents groupes professionnels, on a les proportions suivantes :

travailleurs agricoles . . . . .	32
mineurs (mines souterraines de charbon) . . . . .	40
professeurs enseignant la musique : moins de . . . . .	100
— enseignant des matières autres que la musique	143
employés de banques ou d'assurances . . . . .	183
ecclésiastiques (Clergé Anglican) . . . . .	218
membres du corps médical . . . . .	368

L'assez grande fréquence de l'angine de poitrine chez les prêtres avait déjà été signalée en 1938 par GALLAVARDIN<sup>56</sup>; il semblerait d'ailleurs que les ecclésiastiques n'y soient pas tous également prédisposés et qu'on doive faire une différence entre ceux qui appartiennent à des ordres contemplatifs et ceux, proportionnellement beaucoup plus atteints, qui mènent une vie émotive beaucoup plus active, les prédicateurs, les enseignants, les curés et les hauts dignitaires du clergé.

D'autres nombreux auteurs ont insisté sur la particulière prédisposition des médecins pour les maladies coronariennes et ont été jusqu'à considérer celles-ci comme de véritables maladies professionnelles pour ceux-là<sup>193, 194, 195</sup>. MASTER<sup>127</sup> a apporté que, sur 200 médecins examinés lors d'un cours de perfectionnement au Mt. Sinai Hospital<sup>94</sup>, 47 % étaient atteints d'une maladie de cœur caractérisée et, parmi eux, 85 avaient une sclérose coronarienne. DOCK<sup>37</sup>, s'adressant à des confrères, a souligné que les cardiopathies devaient retenir tout leur intérêt car, a-t-il ajouté, « un quart parmi nous dans cette salle doivent en mourir ». Pour DUBLIN et SPIEGELMANN<sup>42, 43, 44</sup> le rapport de mortalité coronarienne entre la généralité des sujets mâles et les membres du corps médical serait de 1 à 1,8; les spécialistes et les non spécialistes seraient atteints en égale mesure par ces maladies alors que la mortalité générale des premiers est inférieure de 30 % à celle des derniers.

Il s'avère donc, écrit ISCHLONSKY<sup>95</sup> en rapprochant les hauts pourcentages de mortalité coronarienne des ecclésiastiques et des médecins, que les coronarites frappent avec prédilection « ces groupes dont les membres peuvent être appelés à accomplir leur activité professionnelle à toute heure du jour ou de la nuit — très souvent sans aucun avertissement préalable — et de cette manière subir des dérangements inattendus de leurs activités en cours (repas, sommeil, distractions, etc) » et de leur rythme de vie habituel; par contre, comme le montrerait la moindre mortalité chez les professeurs de musique, celle-ci, surtout sous sa forme classique, constituerait un facteur défavorable au développement de l'athérome coronarien en amenant une détente psychique et nerveuse salutaire et pourrait d'ailleurs être utilisée à des fins thérapeutiques.



d) *Age*. Le genre d'activité professionnelle n'est pas sans rapport avec le fait que ces actions frappent actuellement de plus en plus souvent des sujets relativement jeunes, à un âge où le désir de réussir, de se dépasser et de dépasser les autres impose un travail incessant et des conflits émotionnels répétés; de là la fréquente apparition, à la quarantaine, et même avant, de l'hypertension, des artérites et, en particulier, des coronarites, jadis réservées à un âge beaucoup plus avancé, précocité qui contraste avec l'absence relativement fréquente de ces maladies dans la vieillesse.

Depuis longtemps la pratique des salles de dissection avait en effet montré que bon nombre de centenaires ne présentaient pas de trace d'artériosclérose et que cette affection ne se retrouvait que dans un petit nombre de sujets ayant dépassé l'âge de 65 ans<sup>5,52,89</sup>. Inversement ROSSLE<sup>161</sup> a observé des lésions de sclérose coronarienne dans 10,6 % des cas entre 15 à 20 ans et dans 34 % entre 35 et 40 ans et, sur le plan clinique, les observations d'angor juvénile (avant 30 ans) ou précoce (entre 30 et 40 ans) ayant abouti ou non à l'infarctus ne se comptent plus. Sans remonter à HEBERDEN qui, dans son étude magistrale en avait rapporté une centaine, sans nous arrêter aux observations isolées éparses dans la littérature, ni aux nombreux travaux publiés sur ce sujet<sup>10, 49, 54, 57, 105, 124, 145, 152, 153</sup>, je ne citerai que la statistique de GLENDY, LEVINE et WHITE<sup>63</sup>, pour qui ces formes représenteraient 1,7 % de l'ensemble des coronarites, l'opinion de FRIEDBERG<sup>52</sup> qui admet que probablement 5 % des occlusions coronariennes aiguës débutent avant l'âge de 40 ans, le mémoire de YATER et coll.<sup>196</sup> (886 cas de coronarites chez les hommes de 18 à 39 ans) et les constatations faites par FRENCH et DOCK<sup>51</sup> au cours de la dernière guerre mondiale (80 cas mortels d'athérome coronarien chez des hommes de 20 à 36 ans) et par ESNOS et coll.<sup>46b, 46c</sup> à propos de la guerre de Corée (fréquence des coronarites chez les soldats américains tués à l'âge moyen de 21 ans).

Ainsi, l'athérome s'avère être non pas la maladie de la vieillesse et encore moins un phénomène physiologique de la sénescence, mais une manifestation pathologique de la civilisation et, s'il se manifeste plus souvent à un âge avancé qu'à la maturité et dans la jeunesse, c'est que l'action des facteurs étiologiques qui le conditionnent est en général très lente. Lorsque, cependant, ces facteurs s'exercent de façon particulièrement intense et répétée, qu'il s'agisse de phénomènes émotifs, toxiques, alimentaires ou d'autre nature, et c'est le cas dans la vie moderne, cette action sera moins longue à se manifester, d'où la tendance qu'a actuellement cette maladie à frapper à un âge de plus en plus jeune des sujets particulièrement exposés.

e) *Sexe*. C'est un fait notoire que les maladies athéromateuses sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Si on prend comme exemple la thrombose coronarienne, on voit que les différents auteurs admettent une proportion variant entre 2 à 1 et 6 à

1, proportion qui atteint 24 à 1 pour les personnes âgées de moins de 40 ans (GLENDY, LEVINE et WHITE<sup>63</sup>, YATER et coll.<sup>196</sup>). Toutefois, pour la généralité des sujets, on peut retenir la statistique des FRIEDBERG<sup>62</sup>, plus digne de foi parce que basée non pas sur des données cliniques, mais sur des constatations nécropsiques, qui est de 3 à 1. A la plus grande fréquence des coronarites masculines s'ajoute d'ailleurs leur plus grande gravité prouvée, parmi d'autres, par la statistique de WILKINSON<sup>187</sup> pour qui, après dix ans d'évolution, la mortalité serait deux fois plus élevée chez l'homme que chez la femme.

Cette indiscutable prédisposition masculine a naturellement été attribuée à des causes constitutionnelles et endocriniennes qu'il n'est peut-être pas possible de rejeter entièrement. DOCK<sup>37</sup> a montré que l'endartère coronarien présente chez le nouveau-né mâle une épaisseur environ deux fois et demie plus grande que chez le nouveau-né de sexe féminin. Nombreux sont les auteurs qui ont invoqué un facteur hormonal sexuel à action favorisante chez l'homme ou protectrice chez la femme, cette dernière théorie trouvant un argument dans la fréquente apparition de l'athérome aortique ou coronarien après la castration<sup>192</sup> ou au moment de la ménopause et dans les recherches expérimentales<sup>121, 146</sup> qui, chez les poulets, ont permis d'inhiber avec des œstrogènes la formation de la sclérose coronarienne qui se produit habituellement à la suite de l'administration de cholestérol. Mais, fait remarquer ISCHLONDSKY<sup>115</sup>, si ce facteur jouait réellement un rôle de premier plan, la disproportion entre le nombre élevé des coronarites chez les hommes et le nombre relativement bas des coronarites féminines (rapport H/F) serait maxima chez les jeunes dont l'activité sexuelle est la plus grande; or, il n'en est rien, et c'est justement dans les groupes d'âge moyen que cette disproportion est la plus frappante.

Parmi d'autres exemples, tous concordants et également démonstratifs cités par cet auteur, je rapporterai seulement la statistique suivante :

TABLEAU VII. — *Mortalité coronarienne, en Angleterre, suivant l'âge et le sexe, par 100.000 habitants (1947)*

Age	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Hommes . . . . .	0,2 %	2,34 %	21,7 %	103 %	290 %	592 %
Femmes . . . . .	0,1 %	0,66 %	3,4 %	17 %	79 %	254 %
Rapport H/F . . . .	2 : 1	3,5 : 1	6,4 : 1	6,1 : 1	3,7 : 1	2,3 : 1

TRIPLE ACTION

*antiphlogistique*

*anti-algique*



*urico-  
éliminatrice*

ARTHROPATHIES RHUMATISMALES ou GOUTTEUSES

COLCHICINE · ASPIRINE  
· VITAMINE B<sub>1</sub> HOUDÉ

DRAGÉES GLUTINISÉES  
Remboursé par la S. S.

LABORATOIRES HOUDÉ  
9, rue Dieu — PARIS (X<sup>e</sup>)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



Dans ce tableau il apparaît donc que, en chiffres ronds, il meurt de coronarite en Angleterre six hommes pour une femme entre 45 et 54 ans et seulement deux hommes pour une femme entre 15 et 24 ans et entre 65 et 74 ans. Le rapport H/F de mortalité coronarienne est donc le même à l'âge où l'activité des hormones sexuelles est la plus importante et à celui où elle est sur son déclin. Comment expliquer ce phénomène et pourquoi ce rapport atteint-il son maximum à l'âge moyen de la vie ? C'est que dans la jeunesse les deux sexes mènent à peu près la même existence (études, apprentissage) dégagée de gros soucis. A l'âge mûr la différence est par contre très sensible : l'homme est soumis aux chocs émotifs répétés de la vie professionnelle, sa compagne a en général une existence beaucoup plus calme et régulière. Il est d'ailleurs intéressant de constater que les coronarites frappent beaucoup plus souvent les femmes qui exercent des activités masculines que celles qui se réservent à la vie domestique et l'on est en droit de se demander, comme WHITE, si la participation croissante des femmes à ces conditions néfastes n'expliquerait pas le fait qu'elles revendiquent aujourd'hui un tiers des cas d'angor au lieu de 1/30<sup>e</sup> pour HEBERDEN. A un âge avancé la différence entre le taux de mortalité masculine et féminine est de nouveau très réduite; cela est dû à l'intervention de la pathologie de la vieillesse et, parallèlement, au fait que le mode de vie des deux sexes tend à se rapprocher, l'activité professionnelle étant terminée ou fortement diminuée chez l'homme.

Ainsi, tout en admettant que certains facteurs constitutionnels et hormonaux liés à la différenciation sexuelle peuvent jouer un rôle non négligeable dans l'étiologie de l'athérome, on peut affirmer que la différente répartition des maladies coronariennes dans les deux sexes est surtout liée aux différents modes d'existence et surtout à la différente activité psycho-émotive que peuvent avoir les hommes et les femmes aux différents âges de la vie.

#### ALIMENTATION

La nature même de l'athérome, avons-nous dit, devait faire incriminer une nourriture trop riche en matières grasses, encore qu'il apparaisse d'après de tout récents travaux <sup>142</sup> que le contenu du régime en protéines joue également un rôle non négligeable.

A. *Rôle de l'obésité.* Le rapport entre obésité et maladies athéromateuses est à cet égard assez significatif. DUBLIN <sup>41</sup> a montré que la proportion des décès par obstruction artérielle s'élève parallèlement au degré d'obésité; BAYER et WILKINS <sup>9</sup> ont trouvé chez la femme 87 % d'obèses sur 77 cas d'infarctus du myocarde; FRENCH et DOCK <sup>51</sup> ont constaté un poids au-dessus de la moyenne chez 73 jeunes soldats morts d'infarctus sur 80; LUND et FABER <sup>123</sup> notent également que l'âge d'apparition de l'athérome aortique est inversement proportionnel au poids corporel. VAGUE <sup>179</sup> souligne que l'athérome se développe plus précocement et plus gravement chez les obèses, GOFMAN et JONES <sup>66</sup>,

ayant observé que les lipoprotéines du groupe Sf 35-100, associées à l'athérosclérose, s'élèvent dans l'obésité, déduisent que le traitement de celle-ci constitue une mesure préventive et thérapeutique pour celle-là.

B. *Rôle du régime.* D'innombrables constatations cliniques et de nombreuses statistiques semblent prouver que l'athérome est d'autant plus fréquent que le régime est plus riche en matières grasses. Sur le plan individuel nous rappellerons que HYPOCRATE avait déjà signalé que les sujets suralimentés sont plus particulièrement prédisposés à la mort subite. Bien plus près de nous, FRENCH et DOCK<sup>51</sup>, GERTLER, GARN et WHITE<sup>59</sup> et PROGER<sup>151</sup> observent que presque tous les sujets ayant fait un infarctus du myocarde avant l'âge de 40 ans avaient un régime trop riche en cholestérol et en purines. MORRISON<sup>136</sup> ayant soumis un lot de sujets qui avaient eu une thrombose coronarienne à un régime pauvre en matières grasses (20 à 25 gr. par jour) a observé que leur mortalité était moindre que chez les témoins normalement alimentés.

Sur un plan plus général, il semble bien, à quelques exceptions près sur lesquelles nous reviendrons, que l'athérome atteint un développement particulier dans les collectivités suralimentés, surtout lorsque leur régime est riche en matières grasses. KUCZYNSKI<sup>112</sup> a signalé la fréquence de l'athérome et de l'arc cornéen sénile chez les habitants des steppes kirghises qui consomment d'énormes quantités de lait fermenté de jument, KEYS et coll.<sup>110</sup> ont évalué la fréquence de l'athérome et les taux du cholestérol sanguin dans des pays consommant des quantités très différentes de lipides : aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne la cholestérolémie augmente avec l'âge, en Italie et en Espagne où la consommation de matières grasses est moins élevée de 20 %, son taux s'élève jusqu'à 30 ans pour plafonner ensuite. KIMURO<sup>111</sup> rapporte que les troupes américaines stationnées en Extrême-Orient, et ayant des rations riches en lipides, ont beaucoup plus de cardiopathies que les populations du Japon, de la Corée et de la Chine qui en consomment très peu.

De même, on a attribué à un régime habituellement pauvre en matières grasses la rareté des lésions athéromateuses chez les indigènes de Costa-Rica et d'Okinawa, chez les chinois et chez les nègres Bantou.

Pendant les deux guerres mondiales, et surtout pendant la seconde, les restrictions alimentaires, portant principalement sur les matières grasses, ont amené une importante diminution de l'athérome en général et des coronarites en particulier au même titre que la pénurie en alcools a abouti à une nette réduction de la cirrhose hépatique. ASCHOFF<sup>4</sup> avait déjà signalé ce phénomène en Allemagne après la guerre 1914-1918; des constatations analogues ont été faites après le dernier conflit également en Allemagne par HAUSS<sup>79</sup>, en France par FROMENT et coll.<sup>63</sup>, au cours du siège de Leningrad par BRAZEK, WELLS et KEYS<sup>24</sup>, en Finlande par VARTIAINEN et KANERVA<sup>181</sup> et en Scandinavie par

BIORK<sup>17</sup>, par DEDICHEM et STROM<sup>32</sup> par HENSCHER et par MALMROS<sup>125</sup> et nous avons vu que ce phénomène s'est vérifié également en Italie et non en Tunisie où les restrictions en matières grasses, bien qu'officiellement imposées, ne furent jamais subies, ce pays étant un important producteur d'huile d'olive et comprenant un très grand nombre de petits oléifères qui échappaient à tout contrôle.

Mais, si ce qui précède semble établir suffisamment la responsabilité des régimes riches en matières grasses, de nombreux faits contradictoires ont été signalés qui en réduisent considérablement la portée. Ainsi, il a été observé que la mortalité coronarienne est très faible dans certains groupes ethniques, tels que les Suisses et les Esquimaux, dont la nourriture est à la fois très abondante et très riche en lipides. Pour ce qui est des Suisses, ce phénomène pourrait être attribué d'après ISCHLONDSKY<sup>95</sup> à leur équilibre psychique, à la rareté ou à l'absence, chez eux, de gros conflits émotionnels et à la régularité de leur vie, pourtant des plus actives. Nous pouvons faire certaines de ces remarques à propos des Esquimaux, tout au moins pour ceux qui n'ont pas été gâtés par le contact des Européens, peuple bon, gai et affable, soumis à une vie exceptionnellement rude du point de vue physique mais parfaitement équilibrée du point de vue émotif.

Inversement, et j'en ai déjà parlé, les maladies athéromateuses et, en particulier, les coronarites, se sont beaucoup accrues au cours de la dernière guerre dans certains pays et au sein de certaines collectivités pourtant soumises à de fortes restrictions de lipides. Parmi les premiers nous citerons l'Angleterre et le pays de Galles où la proportion des coronarites mortelles est passée de 43,3 par 100.000 habitants en 1939 à 99,6 en 1949. Parmi les seconds nous citerons les internés des camps de concentration allemands qui, surtout dans les derniers mois ou dans les dernières années de captivité, n'absorbaient pratiquement jamais de matières grasses<sup>7, 72, 83</sup>. Dans son rapport au récent Congrès International de la Pathologie des Déportés, GUISLAIN<sup>75</sup> estime que « au moins 35 % des déportés, même apparemment en parfait état cardiaque, présentent des signes d'altération du myocarde » et que l'artériosclérose généralisée, si souvent rencontrée et rentrant dans le cadre de leur vieillissement précoce et accéléré, est « la conséquence des conditions effroyables connues dans les camps, de l'avitaminose prolongée et de cet état d'angoisse permanent qui a été l'apanage du climat concentrationnaire ». Un exemple frappant est rapporté par FROMENT et coll.<sup>53</sup> qui ont vu se développer un xanthélasma et une oblitération coronarienne chez un sujet au retour de plusieurs années de captivité en Allemagne et qui rapportent l'opinion de MARFARI et coll.<sup>126</sup> et D'OLIVIER et BOYD<sup>140</sup>, suivant laquelle le métabolisme endogène paraît, en matière de lipides sanguins, avoir plus d'importance que l'apport exogène. Des études comparatives reprises par GERTLER et WHITE<sup>81</sup>, il résulterait aussi que, contrairement à ce qui avait été précédemment constaté, les coronariens précoces n'avaient pas une ration lipidique supérieure à celle des sujets sains du même âge.



HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
"ROCHE"

9 = 1  
*vitamines* *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).*

*Au delà de 2 ans : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.*

*Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).*

PRODUITS "ROCHE" S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4<sup>e</sup>

Enfin, autre argument contraire à la théorie alimentaire, c'est la disproportion, déjà signalée, qui existe entre le taux très élevé de la mortalité coronarienne masculine et celui, beaucoup plus bas, de la mortalité féminine. « Si, donc, cinq hommes meurent de la maladie coronarienne pour chaque femme — commente non sans humour ISCHLONSKY <sup>95</sup> — il est évident que ce n'est pas la nature des aliments qui en est responsable; ou bien il faudrait admettre que les femmes gardent la « bonne » nourriture pour elles-mêmes et servent à leurs maris des mets spéciaux provoquant l'angor coronarien ».

Devant ces faits contradictoires, il faut donc admettre que l'excès de consommation en matières grasses a une importance étiologique certaine dans la genèse de l'athérome, mais que cette importance est certainement moindre que celle des facteurs émotifs. Ainsi les lésions athéromateuses pourront manquer chez des sujets hyperalimentés mais psychiquement calmes alors qu'elles se développeront chez celui qui, soumis à un régime exempt de matières grasses, subira des chocs émotifs violents et répétés.

#### TABAC

Il n'est pas sans intérêt de constater que le tabagisme, véritable « intoxication du siècle », est, tout comme l'athérome, en voie d'extension dans la plupart des pays. Ainsi, d'après BURN <sup>25</sup>, l'importation du tabac est passée en Angleterre de 85 millions de livres (39.000 tonnes) en 1911 à 235 millions de livres (106.000 tonnes), en 1942 variant ainsi dans une proportion de 1 à 2,7. Il y a cependant lieu de tenir compte qu'en 1942, en pleine guerre, l'Angleterre se trouvait dans une période de très grandes restrictions qui affectaient en particulier le tabac, produit essentiellement importé et d'utilité secondaire. Pour l'Italie <sup>94a</sup> et pour la France <sup>94b</sup> nous disposons par contre des données qui confirment cette diffusion du tabagisme et qui ne se prêtent pas à de telles critiques. La consommation du tabac dans les années 1911, 1942 et 1950 s'est en effet élevée dans ces deux pays respectivement à 18.598, 32.975 et 38.333 tonnes et à 41.773, 26.607 et 55.448 tonnes : la différence est très sensible pour l'année 1942, lorsque la France était vaincue, occupée et complètement isolée et l'Italie encore en lutte et en de bien meilleures conditions. En Tunisie, la consommation de tabac est passée de 806 t. en 1915 à 2.182 t. en 1954 pour une population de 1.930.000 et de 3.680.000 habitants respectivement.

Le rôle pathogène du tabac dans les maladies athéromateuses en général et dans les coronarites en particulier a été différemment appréciée.

En pathologie expérimentale, on a constaté qu'en perfusant le cœur isolé de lapin avec de faibles doses de nicotine on obtient une nette vasodilatation des coronaires et que des quantités beaucoup plus fortes sont nécessaires pour amener leur constriction; une vasocons-

triction coronarienne a également été observée par BURN<sup>25</sup> chez le chien. LOEPER et BOVERI<sup>122</sup> ont obtenu une aortite athéromateuse chez le lapin en injectant par voie veineuse une macération de tabac alors que d'autres auteurs, parmi lesquels JOSUÉ, n'ont pu reproduire aucune lésion artérielle.

En clinique, l'apparition de douleurs précordiales qui revêtent parfois un caractère nettement angineux, de refroidissement des extrémités, de lipothymies, de tachycardie et d'extrasystoles après les premières bouffées de tabac est d'observation courante. La diminution de l'indice oscillométrique, de la température cutanée et de la circulation capillaire<sup>115, 168, 191</sup> et certains troubles visuels (augmentation de l'angioscotome, phénomènes ambliopiques et hémianopsiques) prouvent la réalité des spasmes artériels tabagiques que l'ophtalmologiste n'a pas de peine à retrouver sur les artères rétiniennes.

Des altérations électrocardiographiques ont pu être obtenues, mais seulement de façon inconstante, par de nombreux auteurs parmi lesquels nous citerons MATTIOLI<sup>120</sup>, SIBILIA et FALDI<sup>163</sup> et FABRE et LINQUETTE<sup>47</sup>; outre l'apparition de la tachycardie et des extrasystoles déjà signalées, ces altérations comprennent, par ordre de fréquence, une diminution de l'amplitude de T pouvant aller jusqu'à son aplatissement et même à son inversion, une diminution de voltage des ondes rapides et des décalages de ST. Des modifications du ballistocardiogramme ont également été obtenues par DAVIS et coll.<sup>31</sup> après inhalation de fumée de tabac, contrairement à LÉVY et coll.<sup>75</sup> qui, quelques années auparavant, n'avaient pas pu en déceler par cette méthode. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de modifications électriques ou du ballistocardiogramme, ces atypies apparaissent beaucoup plus souvent chez les coronariens que chez les sujets normaux et l'épreuve du tabac a parfois été utilisée au même titre que l'épreuve d'effort, et également non sans danger, pour assurer un diagnostic hésitant.

Enfin, il existe souvent de sensibles différences et parfois même de nettes contradictions entre les différentes statistiques qui ont essayé de préciser les rapports de causalité entre le tabac et les maladies athéromateuses.

Le nombre de fumeurs parmi les angineux est certainement très élevé; il a été évalué à 68 % par GALLAVARDIN<sup>55</sup>, à 70 % par JOHNSON<sup>96</sup> et à 73 % par AUDIER<sup>6</sup>, mais ces pourcentages impressionnants perdent toute leur valeur si on calcule la proportion générale des fumeurs dans la population; cette proportion atteignait 81,8 % chez 1.000 hommes pris au hasard par JOHNSON<sup>96</sup>, ce qui, si on voulait se tenir à une interprétation aveugle des statistiques, signifierait qu'il y a moins de fumeurs parmi les angineux qu'au sein de la population moyenne et que le tabac loin de favoriser l'angor le prévient. Si, par contre, on examine le problème du point de vue inverse, on voit que le nombre d'angineux chez les fumeurs est plus élevé que chez les non fumeurs; cette proportion est de 2 : 1 pour KEISER<sup>108</sup> et pour



UN PANSEMENT DIGESTIF POLYVALENT

**PHOSPHATE**  
**D'ALUMINE**  
SOUS FORME DE **GEL VRAI**

**PHOSPHALUGEL** 2À4 CUILLERÉES A CAFÉ  
2À4 FOIS PAR JOUR

# **OXYPHYLLINE**

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE  
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

**ASTHME - EMPHYSEME**  
**DYSPNÉES SPASMODIQUES**  
**ANGINE DE POITRINE**  
**INSUFFISANCE CARDIAQUE**  
**INSUFFISANCE RÉNALE**

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2  
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

**LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4<sup>e</sup>**

*TUNISIE* : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille - TUNIS.

ENGLISH, WILLIAMS et BERKSON<sup>46</sup> et elle varie sensiblement avec l'âge. En effet, les coronarites frappent :

entre 41 et 50 ans 4,8 % de fumeurs et 1,0 % de non fumeurs  
entre 51 et 60 ans 6,2 % de fumeurs et 2,6 % de non fumeurs  
entre 61 et 70 ans 5,0 % de fumeurs et 6,4 % de non fumeurs

C'est là un résultat assez paradoxal qui montrerait que le tabac prédispose aux coronarites les personnes d'âge moyen et en préserve les vieillards.

La statistique de DOLL et HILL<sup>38</sup>, effectuée au Royaume Uni d'octobre 1951 à mars 1954 sur 24.389 médecins fumeurs et non fumeurs serait plus significative. En l'espace de 29 mois, durée de l'enquête, il y eut 235 morts par thrombose coronarienne, le taux de cette mortalité ayant été de 3,89 pour les non fumeurs, de 3,91 pour les petits fumeurs (1 gr. de tabac par jour), de 4,71 pour les moyens fumeurs (15 gr.) et de 5,15 pour les grands fumeurs (25 gr.).

Ainsi, devant les résultats différents et souvent contradictoires des enquêtes qui ont été faites pour essayer de préciser les rapports de causalité entre le tabac et les coronarites athéromateuses, on peut dire, comme LAUBRY et SOULIÉ<sup>116</sup>, que « la solution de ce problème dépend davantage des impressions se dégageant de faits isolés caractéristiques et dûment analysés que d'un amas imposant d'observations forcément disparates » dans lequel il n'est pas tenu compte, pouvons-nous ajouter, de nombreux importants facteurs tels que la variété du tabac inhalé, la façon dont il est conditionné et la manière dont il est fumé. On sait, en effet, que la teneur en nicotine du tabac peut fortement varier suivant les crus et le degré d'humidité, que la tolérance à la cigarette, à la pipe et au cigare est souvent très différente pour la même personne, que celui qui « avale la fumée » absorbe beaucoup plus de nicotine que celui qui ne l'avale pas<sup>101, 102</sup> et que l'inhalation des deux derniers centimètres de la cigarette, le mégot du fumeur, est beaucoup plus toxique que celle de tout le reste<sup>101</sup>. Enfin, il faut également tenir compte de la vitesse de combustion du tabac (BOGEN<sup>21</sup> a démontré que la quantité de nicotine inhalée est d'autant plus grande que la cigarette est fumée plus rapidement) et du degré de sensibilité individuelle qui peut aboutir à l'intolérance et à de véritables phénomènes d'allergie.

La multiplicité de ces facteurs explique donc facilement l'action différente du tabac sur les différents sujets; tel fumeur n'aura aucun malaise et aucun signe de sclérose artérielle au bout de trente ans de gros excès, tel autre présentera après les premières cigarettes de graves signes d'intolérance circulatoire pouvant aboutir à l'état présyncopal, un troisième, n'ayant jamais beaucoup fumé, fera, encore jeune, une aortite ou une coronarite dont on ne trouvera aucune autre cause apparente. Cependant l'étiologie tabagique de cette affection sera prouvée par l'évidente amélioration qui suivra la suppression du tabac et par les récurrences, parfois très graves, qui pourront succéder à chaque

nouvelle intoxication. Ainsi il apparaît que le tabac a sur l'appareil cardio-vasculaire une action pathogène indiscutable. Cette action, vérifiée depuis longtemps en pathologie expérimentale, n'a certainement pas une importance déterminante et, en clinique, ne suffit pas à provoquer des lésions athéromateuses; par contre, il semble établi qu'elle s'exerce en favorisant, chez des sujets prédisposés, l'apparition non seulement des troubles circulatoires bien connus, mais aussi l'installation de véritables lésions athéromateuses.

#### PATHOGENIE

La plus grande consommation de tabac et de matières grasses et la multiplication des chocs émotifs semblent constituer, nous l'avons vu, les conditions de la vie civilisée moderne qui ont entraîné la grande diffusion des maladies athéromateuses à laquelle nous assistons depuis une quarantaine d'années. Or, il apparaît que ces trois facteurs exercent principalement leur action par le même double mécanisme : le spasme vasculaire et un trouble du métabolisme des lipides.

L'action spasmogène du tabac et de l'émotion est trop connue pour que nous lui consacrons de longs développements. On sait qu'aussi bien le premier que la seconde excitent l'hypophyse et les surrénales et que les hormones ainsi libérées provoquent dans les artères des spasmes, c'est-à-dire des contractions de leur tunique musculaire. Ces contractions amènent fatalement, ne serait-ce que de façon transitoire, une diminution de calibre et jusqu'à un aplatissement complet des vaso-vasorum et provoquent par conséquent un important trouble de la nutrition de la paroi artérielle. La fréquente répétition de ces phénomènes vaso-moteurs entraîne dans un délai plus ou moins long l'apparition des lésions dégénératives dans la paroi artérielle; on passe ainsi du spasme, phénomène fonctionnel, à l'athérome, phénomène organique.

Qu'un trouble du métabolisme des lipides puisse grandement favoriser l'athérogénèse, cela semble a priori assez naturel et il est facile de penser qu'un régime trop riche en matières grasses peut aboutir à l'athérome par ce mécanisme. Ce qui semble par contre plus difficile à démontrer, c'est que l'émotion et le tabac puissent agir de la sorte et que leur action favorisante sur l'athérome puisse s'exercer, elle aussi, en perturbant le métabolisme de graisses. Or, ce mécanisme est réel et nous allons en étudier les modalités; toutefois il convient de rappeler en premier lieu ce qu'on sait de l'action exercée par l'héparine sur le métabolisme des lipides et sur la prévention de l'athérome.

HAHN<sup>76</sup> avait observé, en 1943, que le plasma du chien rendu lactescent par lipémie post-prandiale se clarifiait très rapidement après une injection intraveineuse d'héparine; celle-ci, d'autre part, mettrait à l'abri de l'artériosclérose des lapins soumis à un régime cholestérinique<sup>72</sup>. Le même phénomène de clarification qui a été observé chez les



animaux se vérifie en pathologie humaine où de nombreuses recherches effectuées ces toutes dernières années <sup>1, 3, 20, 62, 68, 69, 72, 98, 114, 152, 154, 159, 160, 164, 165, 166, 156, 158, 172, 177, 189</sup>, ont montré avec de rares exceptions que l'héparine administré même à de très petites doses, par la voie parentérale et même par la voie perlinguale, après un repas riche en lipides, amène rapidement, bien que de façon transitoire, une importante diminution de la lipémie post-prandiale en fractionnant les grosses molécules lipoprotéiques alimentaires, inassimilables et responsables de l'athérome, en molécules plus petites et plus légères, facilement métabolisées et non pathogènes.

L'action de l'héparine est plus évidente chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés, beaucoup moins marquée chez les diabétiques que chez les sujets sains et encore moins apparente chez les athéromateux; toutefois ces derniers, et surtout les angineux, sont souvent remarquablement améliorés par ce produit qui, pour la plupart des auteurs, fait s'atténuer, s'espacer et même disparaître les crises douloureuses et diminue les risques d'infarctus. Cette action est certainement très complexe et pas encore bien éclaircie; il est intéressant de savoir qu'elle s'exerce *in vivo*, que l'héparine constitue un facteur physiologique intervenant habituellement dans le métabolisme des lipoprotéines et que l'athérome est dû à un déficit de sa fonction.

On sait, d'autre part, <sup>8, 11, 12, 91, 92, 98, 99, 113, 132</sup> que l'héparine est sécrétée par les mastzellen (héparinocytes) et que cette sécrétion est bloquée par l'adrénaline injectée par la voie parentérale ou produite dans l'organisme à la suite d'une excitation sympathique.

En pathologie expérimentale, JOSUÉ <sup>100</sup> avait reproduit dès 1903 l'athérome chez le lapin en lui injectant de l'adrénaline par voie intraveineuse à des doses minimales et longtemps répétées; beaucoup plus récemment SELYE a obtenu le même résultat par la désoxycorticostérone.

En pathologie humaine, les innombrables agressions de la vie moderne sont comme nous l'a appris SELYE, à l'origine de réactions adrénériques continues dont nous avons vu l'action hypo-héparinémisante. En bref, et schématisant peut-être à outrance, les stress qui s'exercent de façon presque constante sur l'homme moderne et beaucoup plus sur son psychisme que sur son état physique, provoqueraient de très fréquentes décharges d'hormones hypophysaires et surrénales qui, non seulement créeraient des spasmes artériels dont on connaît depuis longtemps le rôle athérogénétique, mais, agissant également par voie sympathique sur le mastzellen, inhiberaient la sécrétion physiologique de l'héparine. A la suite de cette hypohéparinémie, constante ou en « dents de scie », l'organisme perdrait ou verrait diminuer sa propriété de transformer les grosses molécules lipoprotéiques inassimilables qui viendraient former les plaques athéromateuses suivant un des deux mécanismes suivants : soit en infiltrant la tunique interne, ce qui provoquerait une prolifération du tissu conjonctif, soit en la



# GLUTAMINOL

COMPRIMÉS  
DRAGÉES  
POUDRE

LAROCHE - NAVARRON

63 RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-55

# CALCIBRONAT

ASSOCIATION SYNERGIQUE

BROMO - CALCIQUE



Nervosité et Agitation - Convulsions

Terreurs Nocturnes - Spasmophilie

Incontinence nocturne d'urine,

etc..

SIROP

COMPRIMES EFFERVESCENTS

AMPOULES DE 5 ET 10 CM<sup>3</sup>

GRANULES

LABORATOIRES SANDOZ S. A. R. L. - 6, RUE DE PENTHIÈVRE. PARIS-8

DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARON — 10, Rue d'Espagne — TUNIS

recouvrant d'un film, ce qui aurait comme résultat d'empêcher les échanges métaboliques des cellules sous-jacentes et de déclencher des réactions dégénératives et prolifératives. Nous rappellerons encore que MORRISON<sup>137</sup> a démontré que, chez des sujets présentant une prédisposition congénitale pour la maladie coronarienne, les troubles émotifs sont capables à eux seuls de provoquer d'importantes modifications pathologiques du rapport phospholipides-cholestérol et de contribuer, de cette manière aussi, à la formation de l'athérome.

A la lumière de ces notions, il devient donc possible d'expliquer comment une alimentation trop grasse, le tabac et les facteurs émotifs peuvent perturber le métabolisme des lipides.

Il n'est pas nécessaire de s'étendre sur le régime; il est naturel que, à la suite d'injections répétées de grandes quantités de matières grasses, la fonction héparinique se trouve débordée et que les grosses molécules lipo-protidiques, insuffisamment transformées, se déposent en grande quantité sous la tunique interne en donnant naissance aux plaques athéromateuses.

De même, on comprendra comment le tabac peut provoquer ou favoriser l'athérome puisque, en excitant les surrénales et l'hypophyse, il crée une libération d'hormones qui, nous l'avons vu, favorisent le spasme vasculaire et inhibent la fonction héparinogène des Mastzellen.

Le tabac semble cependant avoir une action très complexe et on discute encore sur ses éléments pathogènes. Le rôle de la nicotine est certain et prédominant, mais on a obtenu des troubles vasculaires avec des cigarettes dénicotisées (il est vrai toujours incomplètement) ou contenant d'autres substances que le tabac (pommes de terre, barbes de blé); aussi a-t-on incriminé d'autres produits de combustion tels que la pyridine, l'ammoniaque, des aldéhydes volatils, certains acides organiques, des substances résineuses et goudronnées, l'oxyde de carbone,<sup>16, 188</sup> l'acide cyanidrique et le papier des cigarettes lui-même. D'autre part, l'action spasmodique du tabac pourrait s'exercer sur la paroi artérielle non seulement par l'intermédiaire des hormones vaso-constrictives, mais aussi en l'excitant de façon beaucoup plus directe; des auteurs américains pensent en effet que la nicotine est capable — le tabac étant une solanée de la même famille que la belladone — d'agir par la voie sanguine sur les extrémités du sympathique, comme l'atropine agit sur les filets du pneumogastrique. Enfin, en dehors du spasme et du trouble métabolique, on a invoqué une augmentation du travail du cœur liée à la tachycardie et à l'hypertension que provoque généralement la fumée, des excitations mécaniques et thermiques apportées par celle-ci sur les voies respiratoires et transmises par voie réflexe aux centres neuro-végétatifs cardiaques et surtout un certain degré d'anoxémie et d'intoxication oxycarbonée. En effet, tout se passe comme si un sujet qui fume au niveau de la mer avait la saturation en oxygène d'un sujet non fumeur à 2.000 m. d'altitude et il ne faut pas oublier qu'une cigarette produit de 20 à 30 cc de CO<sub>2</sub> et un cigare une quantité bien plus importante.



# NÉOMYCINE DIAMANT



## enfants

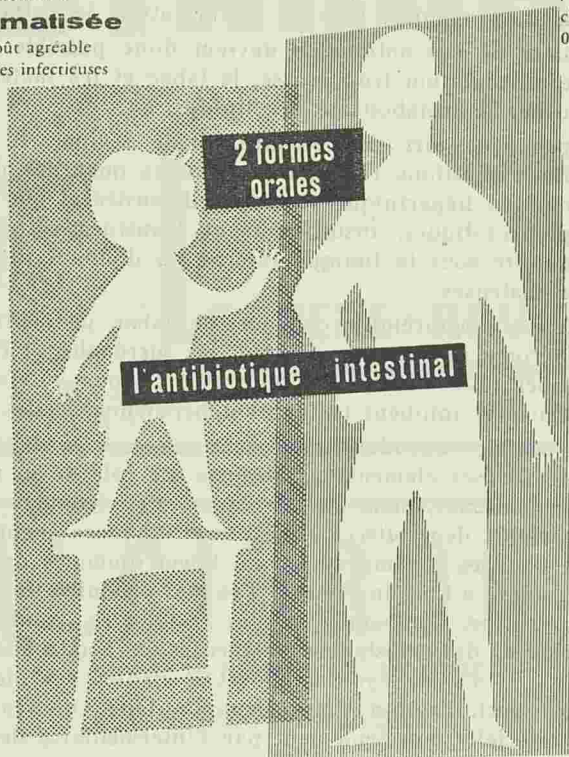
*nouvelle présentation :*  
**poudre aromatisée**

Tolérance parfaite - Goût agréable  
Traitement des diarrhées infectieuses  
du nourrisson  
et de l'enfant.

## adultes

**comprimés**

chaque comprimé dosé à :  
0,25 g de Néomycine base



PARVILLE

Flacon de 25 g  
de poudre aromatisée  
correspondant à  
1,5 g de Néomycine base

### **NOURRISSONS :**

2 à 4 mesures par jour de poudre aromatisée  
ou 1 à 2 comprimés

### **ENFANTS :**

4 à 8 mesures par jour de poudre aromatisée  
ou 2 à 4 comprimés

Flacons de 4 et 16 comprimés

Infections intestinales  
6 à 8 comprimés par jour

Préparation à la chirurgie intestinale

16 comprimés par jour  
pendant 2 à 3 jours

Rembourse par la Sécurité Sociale

**SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE 67, boulevard Haussmann Paris 8<sup>e</sup> - ANJ. 46 - 30**

**TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie - 34, Rue de Marseille - TUNIS**

Les perturbations neuro-psychiques, nous l'avons vu, créent des angiospasmés et inhibent la sécrétion physiologique de l'héparine en déclenchant des fréquentes décharges d'hormones hypophysaires et surrénales : l'hypohéparinémie qui s'en suit favorise l'accumulation dans le sang des grosses molécules lipoprotidiques inassimilables, génératrices de l'athérome, et justifie étonnamment l'expression populaire « se faire du mauvais sang ». L'importance de l'émotion est certainement prépondérante (LERICHE a dit : « Au début de la pathologie il y a l'émotion ») et nous rend compte de la différente répartition de l'athérome suivant les événements extérieurs, les groupes ethniques, les professions, le sexe, l'âge et, pour employer un vieux terme démodé, mais irremplaçable, suivant les tempéraments. Car, toutes conditions étant par ailleurs égales, les sujets du même sexe, du même âge, de la même profession et du même groupe ethnique, qui ont les mêmes habitudes alimentaires et subissent les mêmes événements extérieurs, ne réagissent pas tous de la même façon. Certains, plus sensibles, réagiront intensément aux innombrables agressions dont est jalonnée l'existence de l'homme civilisé, ils s'useront rapidement et succomberont précocément. D'autres, plus calmes, plus équilibrés et empreints d'une certaine philosophie supporteront mieux les agressions de la vie moderne et payeront un moins lourd tribut aux maladies d'adaptation au premier rang desquelles, on le sait, se placent l'hypertension et l'angor; en un mot, volontairement ou involontairement, ils auront su s'adapter.

En fait, que l'on se place du point de vue physique ou du point de vue moral, celui-ci conditionnant d'ailleurs en grande partie celui-là, qu'on raisonne en médecin ou en philosophe, ces deux qualités n'étant pas incompatibles, bien au contraire, on peut répéter en guise de conclusion, qu'une des conditions nécessaires à la santé et au bonheur, c'est de s'avoir s'adapter.

#### RESUME

L'impressionnante diffusion des maladies athéromateuses que l'on constate depuis une quarantaine d'années semble liée au mode de vie de l'époque moderne et, en particulier, à l'alimentation trop riche en matières grasses, à l'habitude de plus en plus répandue de fumer et aux chocs émotifs répétés auxquels sont exposés les personnes « civilisées ».

Ce dernier facteur étiologique, de beaucoup le plus important, explique la différente répartition de ces maladies et surtout celle des affections coronariennes, en fonction des événements extérieurs, des groupes ethniques, des professions, de l'âge et du sexe.

Les émotions semblent agir en provoquant des décharges d'hormones hypophysaires et surrénales qui, d'une part, créent des spasmes vasculaires et, d'autre part, inhibent la sécrétion physiologique de l'héparine en agissant sur les mastzellen. A la suite de cette hypohéparinémie, l'organisme perd ou voit diminuer sa faculté de métaboliser les grosses molécules lipoprotéiques alimentaires et ces molécules s'accumulent et finissent par former les plaques athéromateuses bien connues.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ALBRIEU A.S., DE ROCCA F., ESTEPAN E.C., POSE G. et PAROLI P. — *L'utilisation de l'héparine par voie orale dans le traitement de l'athérosclérose des membres et du cerveau*. Concours méd., 27 fév. 1954 : 857-860.
2. ALTSCHULE M.D. — *Emotion and circulation*. Circulation, mai 1951, 3 : 444-453.
3. ANTONINI F.M., PIVA G., SALVINI L. et SORDI A. — *Lipoproteine ed eparina nel quadro umorale della chemiopatogenesi dell'arteriosclerosi*. Macri ed., Firenze, 1953.
4. ASCHOFF L. — *Die Arteriosklerose*. Beihefte z. Mediz. Klinik, 1930, 26, fasc. 1. (in Malmros : 125).
5. ASCHOFF L. — Med. Klin., 1938, 3 : 104. (in Hirsch : 89).
6. AUDIER M. — *Le rôle du tabac dans le développement de l'athérosclérose*. Journées méd. France et Union franç., Paris, 21-25 avr. 1954; la Clinique éd., Paris : 121-129.
7. BACHARACH A. — *L'asthénie du déporté*. Presse méd., 15 janv. 1955, 63 : 63-64.
8. BALBI E. — Giorn. ital. Derm. e Sifil., 1943, 84 : 6981. (in Hissard e coll.).
9. BAKER et WILKINS (in Grivaux : 74).
10. BAR C. G. — *Herzinfarkt in jugentlichen Aller*. Deutsche Med. Wochs., 1<sup>er</sup> oct. 1954 : 1486.
11. BATTEZZATI M. — *L'action de la gangliectomie lombaire sur le mécanisme de la coagulation du sang dans les artères périphériques*. Presse méd., 7 nov. 1951, 59 : 1470.
12. BATTEZZATI M. — *Sur la présence des mastzellen dans la paroi des artères et dans la moëlle osseuse dans les thrombo-angéites*. Presse méd., 5 déc. 1951, 59 : 1628.
13. BEDFORD E. *Coronary disease*. J. Irish med. Ass., 1951, 29 : 172.
14. BERCONSKY I. et ROSENBAUM M. — *Les différentes types de enfermades del corazon en les israelites*. 1<sup>er</sup> Congr. Mond. Cardiol. 3-9 sept. 1950, 2 : 355-357.
15. BINDER J.M., KALMANSON G.M., DRENICK E.J. et ROSOVE L. — *Clinical evaluation of heparin in the treatment of angina pectoris*. J. Amer. med. Ass., 21 mai 1953, 151 : 967-970.
16. BINET L. et BOCHET M. — *Tabac et oxyde de carbone*. Presse méd., 26 fév. 1955, 63 : 283-284.
17. BIORK G. — *Wartime lessons from northern Europe on arteriosclerotic heart disease*. 2<sup>e</sup> Congr. mond. Cardiol., Washington 12-17 sept. 1954.
18. BIORCK G., OVERBECK W. et GRONVALL C. — *Coronarkrankheit und Herzinfarkt in Malmö (Ein Beitrag zur geographischen Pathologie der Coronarkrankheit)*. Cardiologia, 1954, 25 : 232-242.
19. BLACHE J.O. et HANDLER F.P. — *Coronary artery disease; a comparison of the rates and patterns of development of coronary arteriosclerosis in the negro and white races*. Arch. Path. 1950, 50 : 189.



20. BLOCK W.J., BARKER N.W. et MANN F.D. — *Effect of small doses of Heparin in increasing the translucence of plasma during alimentary lipemia; studies in normal persons and patients having atherosclerosis.* Circulation, nov. 1951, 4 : 674-678.
21. BOGEN E. — *The composition of cigarets and cigaret smoke.* J. Amer. med. Ass., 12 oct. 1929, 93 : 1110-1114.
22. BRAZER J., WELLS S. et KEYS A. — Amer. Rev. Soviet. Med., 1946, 4 : 70 (in Malmfors : 125).
23. BRUGER M. et OPPENHEIM E. — *Experimental and human atherosclerosis.* Bull. New-York Acad. Med., 1951, 27 : 539.
24. BURN J.H. — *Antidiuretic effect of nicotine and its implications.* Brit. med. J., 28 juill. 1951, 2 : 199-201.
25. BURN J.H., TRUELOVE L.H. et BURN I. — *The antidiuretic action of nicotine and of smoking.* Brit. med. J., 24 mai 1945 : 403-406.
26. CALO A. — *Note sur la diffusion de l'athérome coronarien en Tunisie.* XXX<sup>e</sup> Congr. Franç. Med., Alger. avr. 1955, Masson, Paris.
27. CHAVEZ. (in Berkonsky et Rosenbaum : 14).
28. CLOSS K. et DEDICHEM J. — *Vascular disease.* Lancet, 31 déc. 1949, 257, ii : 1242-1243.
29. COHN A.E. et LINGG C. — *Heart disease from the point of view of the public health.* Amer. Heart J., fév. 1934, 9 : 283.
30. COWDRY E.V. — *Problems of ageing.* Williams a. Wilkins ed., Baltimore, 1942.
31. DAVIS F.W., SCARBOROUGH W.R., MASON R.E., SINGEWALD M.L. et BAKER B.M. — *The effects of exercise and smoking on the electrocardiograms and ballistocardiograms of normal subjects and patients with coronary artery disease.* Amer. Heart J., oct. 1953, 46 : 529-542.
32. DEDICHEM J. et STROM A. — C.R. Congr. Scand. Med. int., 1948 (in Closs et Dedicchem : 28).
33. DE LANGEN. — *Statistique, prophylaxie et thérapeutique de l'artériosclérose.* C.R. 2<sup>e</sup> Conf. Internat. Géographie. Utrecht, 1934 : 263.
34. DESBUQUOIS G. et BOIVIN J.M. — *L'infarctus du myocarde.* Journées méd. France et Union Franç., Paris, 21-25 avr. 1954. La Clinique éd., Paris : 109-119.
35. DICKINSON F.G. et WALTER E.C. — *The leading causes of death among physicians.* J. Amer. med. Ass., 23 avr. 1949, 134 : 1129.
36. DINGMAN H. — *Risk appraisal.* Cincinnati, 1946 (in Stevenin : 175).
37. DOCK W. — *The predilection of atherosclerosis for the coronary arteries.* J. Amer. med. Ass., 13 juill. 1945, 131 : 873-878.
38. DOLL R. et HILL A.B. — *The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report.* Brit. med. J., 26 juin 1954 : 1451-1455.
39. DONZELOT E. et KAUFMAN H. — *Le problème clinique et biologique de l'athérosclérose.* Maroc méd., avr. 1953, 32 : 401-404.
40. DREYFUSS F. — *The incidence of myocardial infarctions in various communities of Israel.* Amer. Heart J., mai 1953, 45 : 749-755.
41. DUBLIN L.I. — (in Grivaux : 74).
42. DUBLIN L.I. et SPIEGELMANN H. — *The longevity and mortality of american physicians 1938-1942. A preliminary report.* J. Amer. med. Ass., 9 août 1947, 134 : 1211-1215.

43. DUBLIN L.I. et SPIEGELMANN M. — *Mortality of medical specialists 1938-1942*. J. Amer. med. Ass., 21 août 1948, 137 : 1519-1524.
44. DUBLIN L.I., SPIEGELMANN M. et LELAND R.G. — Post. grad. med. J., 1947, 2 : 188. (in Stewart : 176).
45. DUGUID J.B. — *Pathogenesis of atherosclerosis*. Lancet, 19 nov. 1949, 257, ii 925-927.
46. ENGLISH J.P., WILLIUS F.A. et BERKSON J. — *Tobacco and coronary disease*. J. Amer. med. Ass., 19 oct. 1940, 115 : 1327-1331.
- 46<sup>b</sup>. ENOS W.J., BEYER J.C. et HOLMES R.H. — *Pathogenesis of coronary disease in american soldiers killed in Korea*. J. Amer. med. Ass., 16 juill. 1955, 158 : 912-914.
- 46<sup>c</sup>. ENOS W.F., HOLMES R.H. et BEYER J.C. — *Coronary disease among United States soldiers killed in Korea*. J. Amer. Med. Ass., 18 juillet 1953, 152 : 1090-1093.
47. FABRE H. et LINQUETTE Y. — *Tabac et Coronaires*. Arch. Mal. Cœur, oct. 1953, 46 : 898-904.
48. FELCH W.C. — *Cholesterol metabolism in health and disease*. New-York State. J. Med., 1949, 5 : 47.
49. FERNANDO P.B. — *Coronary occlusion in a patient aged 24 years*. Brit. med. J., 11 mai 1935 : 978.
50. FLEING C. — *L'oxyde de carbone intervient-il dans l'intoxication par la fumée de tabac*. C.R. Acad. Sc., 1908, 146 : 776-779.
51. FRENCH A.J. et DOCK W. — *Fatal coronary arteriosclerosis in young soldiers*. J. Amer. med. Ass., 29 avr. 1944, 124 : 1233-1237.
52. FRIEDBERG C.K. — *Diseases of the heart*. Saunders, Philadelphia, 1950.
53. FROMENT R., GONIN A., GALLAVARDIN L., CAHEN P., PERRIN A. et HAYOTTE A. — *Formes anatomiques et cliniques des oblitérations coronariennes*. XXX<sup>e</sup> Congr. Franç. Méd., Alger, 1955, 1 : 227-390, Masson, Paris, 1955.
54. FROMENT R., GUINET P., VIGNON G. et MARTIN-NOEL. — *Angor coronarien athéromateux à début précoce et à évolution parallèle chez deux jumeaux*. Arch. Mal. Cœur, 1945, 38 : 260-264.
55. GALLAVARDIN L. — *Tabac et angine de poitrine d'effort*. Presse méd., 23 juill. 1924, 32 : 622.
56. GALLAVARDIN L. — *Etiologie de l'angine de poitrine d'après une nouvelle statistique*. J. Méd. Lyon, 20 sept. 1938, 19 : 527-550.
57. GALLAVARDIN L. — *Angine de poitrine juvénile, avec début à 22 ans et mort subite à 24 ans et demi. Aucune certitude d'origine syphilitique*. Lyon méd., 6 août 1954.
58. GERTLER M.M. — *Some clinical, morphological, hormonal and biochemical aspects of the young coronary patient*. 1<sup>er</sup> Congr. mond. Cardiol., Paris, 3-9 sept. 1950, 3 : 328-336.
59. GERTLER, GARN et WHITE. — (in Grivaux : 74).
60. GERTLER M.M. et OPPENHEIMER S. — *The inter-relationships of serum lipids in men and women past sixty-five years of age and their bearing on atherosclerosis*. Circulation, avr. 1953, 7 : 533-544.
61. GERTLER M.M. et WHITE P.D. — *Coronary heart disease in young adults*. Cambridge, Mass., 1954 : 218 (in Froment et coll. : 53).
62. GIBERT-QUERALTO J., BALAGUER-VINTRO I. et GRAU-CODINA L. — *Changes produced by heparin in the eletrophoretic lipid pattern in human atherosclerosis*. II<sup>e</sup> Congr. mond. Cardiol., Washington, 12-17 sept. 1954.

63. GLENDY R.E., LEVINE S.A. et WHITE P.D. — *Coronary disease in youth : comparison of 100 patients under 40 with 300 persons past 80*. J. Amer. med. Ass., 27 nov. 1937, 109 : 1775-1781.
64. GOBIN C. — *Conditions étiologiques de l'angine de poitrine au Maroc*. Maroc méd., avr. 1953, 32 : 410-419.
65. GODEL R. — *Perturbation psychique au cours de l'angine de poitrine*. 1<sup>er</sup> Congr. mond. Cardiol., Paris, 3-9 sept. 1950, 2 : 417-419.
66. GOFMAN J.W. et JONES H.B. — *Obesity, fat metabolism and cardiovascular disease*. Circulation, avr. 1952; 5 : 514-517.
67. GOFMAN J.W., JONES H.B., LYON T.P., LINDGREN F., STRISOWER B., COLMAN D. et HERRING V. — *Blood lipids and human atherosclerosis*. Circulation, janv. 1952, 5 : 119-134.
68. GOFMAN J.W., LINDGREN F., ELLIOT H., MANTZ W., HEWITT J., STRISOWER B., HERRING V. et LYON T.P. — *The role of lipids and lipoproteins in atherosclerosis*. Science, 17 fév. 1950, 111 : 166-186.
69. GOFMAN J.W., LINDGREN F., JONES H.B., LYON T.P. et STRISOWER B. — *Lipoproteins and atherosclerosis*. J. of Gerontology 1951, 6 : 105-119.
70. GOUMENAKIS G. et LENÈGRE J. — *Considérations sur une statistique de 12.670 consultants ou hospitalisés dans un service de cardiologie*. Arch. Mal. Cœur, 1950, 43 : 649-656.
71. GRAF O. — *Die Krankheit der verantwortlichen, Manager Krankheit*. Gesundheitmuseum, Köln., Münch. med. Weschr., 1953, 95 : 717.
72. GRAHAM D.M., LYON T.P., GOFMAN J.W., JONES H.B., YANKLEY A., SIMONTON J. et WHITE S. — *Blood lipids and human atherosclerosis. The influence of heparin on lipoprotein metabolism*. Circulation, nov. 1951, 4 : 666-673.
73. GRAILLY R. (de) et DESTREM H. — *Physiologie générale, diététique et comportement de la vieillesse*. Masson, Paris, 1953.
74. GRIVAUX M. — *Les facteurs hormonaux de l'athérosclérose*. Rev. Prat., 11 fév. 1952, 2 : 305-310.
75. GUISLAIN M. — *Pathologie cardio-vasculaire des déportés*. Congr. International de la Pathologie des déportés, Paris, 4-5 oct. 1954; Rev. Méd. Franç., janv. 1955, 36 : 37-38.
76. HAHN P.F. — *Abolishment in alimentary lipemia following injection of heparin*. Science, 1943, 98 : 19.
77. HARKAVY J. — *Hypersensitiveness to tobacco and biopsy studies of skin reactions in vascular disease*. J. of Allergy, juill. 1938, 9 : 475-488.
78. HARKAVY J. — *Cardiovascular allergy*. II<sup>e</sup> Congr. Mond. Cardiol., Washington, 12-17 sept. 1954 : 288.
79. HAUSS. — (in Froment R., Gonin A. et coll. : 53).
80. HEDLEY O.F. — *A study of 450 fatal cases of heart disease occurring in Washington (D.C.) Hospitals during 1952, with special reference to etiology race and sex*. Publ. Health Rep., 23 août 1935, 50 : 1127. (in Wolferth : 190).
81. HEDLEY O.F. — *A critical analysis of heart disease mortality*. J. Amer. med. Ass., 2 nov. 1935, 105 : 1405-1409.
82. HEDLEY O.F. — Ann. int. Med., 1939, 13 : 576. (in Friedberg : 52).



83. HELLER. — *Sequelles cardio-vasculaires de la déportation*. Conférence médico-sociale internationale sur la pathologie des anciens déportés et internés, Copenhague, 5-7 juin 1954.
84. HENSCHEN F. — *Verdandis Smaskrifter*, n. 491, 1947. (in Malmros 125).
85. HENSCHEN F. — *Geographic and historical pathology of arteriosclerosis*. J. Gerontol., janv. 1953, 8 : 1-5.
86. HIGGINSON J. — *Arteriosclerotic heart disease among the Bantu of Joannesburg, South Africa*. II<sup>e</sup> Congr. mond. Cardiol., Washington, 12-17 sept. 1954.
87. HIRSCH S. — *L'athérome aortique des enfants. Etude à propos des débuts de la soi-disant artériosclérose*. Cardiologia, 1941, 5 : 122-188.
88. HIRSCH S. — *Über die Anfänge der Arteriosclerose untersuchungen über die beginnende Arteriosklerose in peripheren Strombezirken*. Cardiologia, 1943, 7 : 169-232.
89. HIRSCH S. — *Quelques remarques sur les rapports entre la soi-disant artériosclérose et le vieillissement*. Bruxelles méd., 13 mai 1945, 25 : 409-415.
90. HIRSCH S. — *Considérations sur la signification clinique actuelle de l'artériosclérose*. Arch. Mal. Cœur, 1951, 44 : 303-311.
91. HISSARD R., MONCOURIER L. et JACQUET J. — *Sur la formation des mastocytes et l'origine de l'héparine*. Bull. Acad. nat. Méd., 10 juill. 1951. 135 : 408-409.
92. HOLMGREN et WILANDER. — *Ztschr. f. mikro-anat. Forsch.*, 1947, 42 : 242. (in Hissard et coll. : 91).
93. HYMAN A.S. — *Heart disease in jungles of the south Pacific*. Ann. Int. Med., 1945, 22 : 639.
- 94<sup>a</sup> *Institut National de la Statistique et des Etudes économiques pour la Métropole et la France d'Outremer*. Annuaire statistique. 58, résumé rétrospectif. Imprimerie Nationale, Paris 1952.
- 94<sup>b</sup> *Istituto Centrale di Statistica, Roma*. Communication personnelle 1955.
95. ISCHLONDSKY N.D. — *Théories et faits dans l'évaluation de l'étiologie de la maladie coronarienne et leur signification thérapeutique et prophylactique*. Arch. Mal. Cœur, 1953, 46 : 193-220.
96. JOHNSON W.M. — *Tobacco smoking. A clinical study*. J. Amer. med. Ass., 31 août 1929, 93 : 665-667.
97. JOHNSTON C. — *Racial differences in the incidence of coronary sclerosis*. Am. Heart J., août 1936, 12 : 162.
98. JORPES J. — *Heparin and treatment of thrombosis*. Oxford med. Publ., 1946. (in Hissard et coll. : 91).
99. JORPES J. et GARDELL S. — *J. Biol. Chem.*, 1948, 176 : 276. (in Hissard et coll. : 91).
100. JOSUÉ O. — *Athérome aortique expérimental par injections répétées d'adrénaline dans les veines*. C.R. Soc. Biol., 14 nov. 1903, 55 : 1374-1376.
101. JOURDAN F. et COLLET A. — *Sur l'action toxique de la fumée de tabac en inhalation*. C.R. Soc. Biol., 1949, 143 : 500.
102. JOURDAN F. et COLLET A. — *Effets comparés de l'inhalation de fumée de tabac par les voies respiratoires supérieures et par les poumons chez les chiens*. C.R. Soc. Biol., 1950, 144 : 861.

103. JOUVE A. — *Les incidences de la différenciation sexuelle en pathologie cardio-vasculaire*. Semaine Cardiol. de la Pitié, mai 1953.
104. JOUVE A. et DELAAGE M. — *Pathogénie de l'athérosclérose. Notions actuelles*. Revue Prat., 1<sup>er</sup> avr. 1954, 10 : 859-869.
105. JOUVE A. et ODDO R. — *L'angor par coronarite juvénile*. Presse méd., 5 mai 1945 : 230-231.
106. JOUVE A., VAGUE J. et MONGIN M. — *La différenciation sexuelle en pathologie cardio-vasculaire*. Arch. Mal. Cœur, 1951, 44 : 893-900.
107. KATZ M.N. et STAMLER J. — *Experimental atherosclerosis*. Charles G. Thomas, ed. Springfield, Illinois, U.S.A., 1953 : 375.
108. KEISER D. — *Statistische Untersuchungen über den Einfluss des Rauchens auf die Angina pectoris*. Cardiologia, 1954, 24 : 285-310.
109. KEYS A.K. — *Human atherosclerosis and the diet*. Circulation, janv. 1952, 5 : 115-118.
110. KEYS A., FIDANZA F., SCARDI V. et BERGAMI G. — *The trend of serum-cholesterol with age*. Lancet, 2 août 1952, 2 : 209-210.
111. KIMURO NOBURO. — *Analysis of 10.000 post-mortem examinations in Japan*. 2<sup>e</sup> Congr. mond. Cardiol., Washington, 12-17 sept. 1954.
112. KUCZYNSKI B. Klin. Wchnschr. 1925, 4 : 39 [in Malmros : 139].
113. LABORIT H. — *Aspect neuro-biologique de quelques grands syndromes chirurgicaux*. Presse méd., 21 mai 1953; 404-405.
114. LABORIT H., DELGA J., BAYLON H., HUGONOT R. et DECHEN J. — *La thérapeutique « héparine-lipocaïc » par administration sublinguale*. Presse méd., 23 janv. 1954, 62 : 79-81.
115. LAMPSON R.S. — *A quantitative study of the vasoconstriction induced by smoking*. J. Am. med. Ass., 1<sup>er</sup> juin 1935, 104 : 1963-1966.
116. LAUBRY Ch. et SOULIÉ P. — *Les maladies des coronaires. L'infarctus du myocarde. L'insuffisance coronarienne*. 2<sup>e</sup> éd., 1950, Masson, Paris.
117. LAUBRY Ch., WALSER J. et DEGLAUDE L. — *Action expérimentale du tabac et de la nicotine sur le débit coronarien*. Bull. Ac. Méd., avr. 1933, 109 : 595-598.
118. LEVINE S.A. et HONDLE J.A. — *Coronary artery disease among physicians*. New England J. Med., 29 nov. 1945, 233 : 657. (in Dock : 37).
119. LÉVY R.L., MATHERS J.A.L., MUELLER A.A. et NICKERSON J.L. — *Effects of smoking cigarets on the heart in normal persons and in cardiac patients*. J. Amer. med. Ass., 18 oct. 1947, 135 : 417-421.
120. LIAN C. et CAHANA J. — *La fréquence croissante de la morbidité et de la mortalité dues aux affections cardio-vasculaires*. Presse méd., 27 juin 1936 : 1061-1062.
121. LINDGREN, FREEMANN, Mc GRAHAM. — *In vitro lipoproteins transformations*. Congr. Amer. Soc. Stud. Arteriosclerosis, Chicago, 9-10 nov. 1952; Circulation sept. 1952, 6 : 474-475.
122. LOEPER et BOVERI. — (in Audier : 6).
123. LUND et FABER. — (in Grivaux : 74).
124. MACDOUGAL W.G. — *Fatal coronary occlusion in a girl aged 16*. Lancet, 6 août 1949, 257 : 241.

125. MALMROS H. — *The relation of nutrition to health. A statistical study of the effect of the war-time on arteriosclerosis, tuberculosis and diabetes.* Acta med. Scandinav., 1950, Suppl. 246 : 137-153.
126. MARFARI et coll. — *The serum lipoproteins in subjects suffering from coronary atherosclerosis.* Acta med. Scand., 1953 : 146-148. (in Froment et coll. : 53).
127. MASTER A.M. — Amer. Heart J., 1947, 33 : 135. (in Friedberg : 52) (in Stewart : 176).
128. MASTER A.M. et JAFFE H.L. — *Factors in the onset of coronary insufficiency effort, occupation, trauma and emotion.* J. Amer. med. Ass., 1952, 148 : 10.
129. MASTER A.M., JAFFE H.L. et CHESKY K. — *Relationship of obesity to coronary disease and hypertension.* J. Amer. Med. Ass., 26 déc. 1953, 153 : 1499-1501.
130. MATTIOLI M. — *Osservazioni e ricerche sul cuore da tabacco.* Cuore e Circol., sept. 1942, 26 : 257-269.
131. MENARD M.M. — *Some clinical, morphological, hormonal and biochemical aspect of the young coronary patient.* 1<sup>er</sup> Cong. mond. Cardiol. Paris, 3-9 sept. 1950, 3 : 328-336.
132. MENEGHINI C. — Giorn. Ital. Derm. e Sifil., 1950, 91 : 93. (in His-sard et coll. 91).
133. METROPOLITAN LIFE INSURANCE C. — *The pattern of heart disease mortality.* Statistical Bull., 1954, 35 : 5 (in Froment et coll. : 53).
134. MORRIS J.N. — *Recent history of coronary disease.* Lancet, 6 et 13 janv. 1951, 260 : 69-73.
135. MORRIS J.N. — *Incidence of coronary disease in population groups in England.* 2<sup>e</sup> Congr. mond. Cardiol. Washington, 12-17 sept. 1954.
136. MORRISON L.M. — *Arteriosclerosis. Recent advances in the dietary and medicinal treatment.* J. Amer. med. Ass., 21 avr. 1951, 145 : 1232-1236.
137. MORRISON L.M. — *The results of diet, medicinal agents and emotional disorders on serum phospholipid-cholesterol ratios in coronary atherosclerosis.* Congr. Amer. Soc. Study Arteriosclerosis, Chicago, 9-10 nov. 1952; Circulation, sept. 1952, 6 : 475-476.
138. MORRISON L.M. et JOHNSON K.D. — *Cholesterol content of the coronary arteries and blood in acute coronary artery thrombosis.* Am. Heart J., 1950, 39 : 31-34.
139. NOBY J. — *Prophylaxie de l'artériosclérose.* Journées Méd. France et Union Fr., Paris, 21-25 avr.; La Clinique éd. Paris : 149-157.
140. OLIVIER M.F. et BOYD G.S. — *The plasma lipids in coronary artery disease.* Brit. Heart J., 1955, 19 : 387.
141. PADILLA T. — *Angina pectoris in women.* II<sup>e</sup> Congr. mond. Cardiol. Washington 1954.
142. PAGE I.H. — *The Lewis A. Connor memorial lecture. Atherosclerosis. An introduction.* Circulation, juill. 1954, 10 : 1-29.
143. PENNELL M.Y. et LEHMANN J.L. — *Statistical studies of heart disease.* VIII, Pub. Health Rep., 1951, 66 : 57.
144. PERRING R.J. — *Family doctor. The impact of modern therapeutic idea on general practice.* Lancet, 24 déc. 1949, 257 ii : 1163-1167.



145. PEZZI C. et PAPP C. — *Le coronariti giovanili. Contributo clinico, etiologico, elettrocardiografico e anatomopatologico.* Cuore e Circ. 1933, 17.
146. PICK R., STAMLET J. et KATZ L.N. — *The interrelationship of diet and hormones in atherogenesis.* 2<sup>e</sup> Congr. mond. Cardiol. Washington 12-17 sept. 1954 : 169-170.
147. PLATT R. — *Coronary disease and modern stress.* Lancet, 6 janv. 1951, 240 : 51.
148. PLICHET A. — *La mortalité des médecins fumeurs.* Presse méd., 28 août 1954, 62 : 1188.
149. POMERANZE J. — *Etiology and treatment of atherosclerosis.* Geriatrics, juill. 1953, 8 : 359-369.
150. POMERANZE J., BEINFIELS W.H. et CHESSIN M. — *Serum lipid and fat tolerance studies in normal, obese and atherosclerotic subjects.* Circulation, nov. 1954, 10 : 742-746.
151. PROGER. — (in Grivaux : 74).
152. RAYNAUD R., MINICONI P. et BERNASCONI P. — *Les syndromes coronariens aigus des jeunes. Réflexions à propos de sept observations.* Algérie méd., mai 1950 : 225-236.
153. RAYNAUD R., ROBERT D'ESHOUGUES J. et PASQUET P. — *Les perturbations des lipoprotéines sanguines et leur correction par l'héparine dans l'athérosclérose.* Algérie méd., fév. 1952, 75-82.
154. RAYNAUD R., ROBERT D'ESHOUGUES J. et PASQUET P. — *Action des anti-coagulants et de l'hormone lipocaique sur l'équilibre humoral des athéroscléreux.* Arch. Mal. Cœur, mai 1954, 47 : 426-432.
155. REGISTER GENERAL DECENNAL, SUPPLEMENT. 1931. (in Ischlondsky : 95 et in Stewart : 176).
156. RIZZI F., ROSSETTI V. et SALVETTI V. — *Contributo allo studio dell'arteriosclerosi : le modificazioni indotte dell'eparina sui complessi lipoproteici serici (chilomicroni).* C.R. XV<sup>e</sup> Congr. Soc. Ital. Cardiol., Viareggio, 12-13 juin 1953 : 288-293.
157. ROSENTHAL S.R. — *Studies in atherosclerosis.* Arch. Path., 1934, 18 : 473, 660, 827. (in Dreyfuss : 40).
158. ROSSI B. — *Osservazioni sull'effetto eparinico di chiarificazione della lipemia da carico alimentare nei soggetti aterosclerotici.* C.R. XV<sup>e</sup> Congr. Soc. Ital. Cardiol., Viareggio, 12-13 juin 1953; 286-288.
159. ROSSI B. — *Moderni concetti sui rapporti fra metabolismo lipidico e patogenesi dell'aterosclerosi.* Cuore et Circol. 1953, 37 : 230-245.
160. ROSSI B. — *Osservazioni sulla densità ottica del plasma a digiuno nei soggetti sani ed arteriosclerotici e sull'effetto eparinico di chiarificazione della lipemia da carico alimentare negli arteriosclerotici.* Cuore e Cir., fév. 1955, 39 : 40-49.
161. ROSSLE. — (in Jouve et Oddo : 105).
162. ROTH G.M., MCDONALD J.B. et SHEARD C. — *The effect of smoking cigarets and of intravenous administration of nicotine on the electrocardiogram, basal metabolic rate, cutaneous temperature, blood pressure and pulse rate of normal persons.* J. Amer. med. Ass., 15 juill. 1944, 125 : 761-767.
163. SALTET. — *Voordrachten over gezondheidsleer.* 1913. (in Stevenin : 175).

164. SALVETTI V., ROSSETTI V. et RIZZI F. — *Contributo allo studio dell'eziopatogenesi dell'aterosclerosi : le modificazioni indotte dall'eparina sulle lipoproteine seriche studiate mediante elettroforesi su carta*. C.R. XV<sup>e</sup> Congr. Soc. Ital. Cardiol., Viareggio, 12-13 juin 1953 : 293-297.
165. SCHWARTZ L., WOLDOW A. et DUNSMORE R.A. — *Determination of fat tolerance in patients with myocardial infarction, method utilising serum turbidity changes following a fat meal*. J. Amer. med. Ass., 24 mai 1952, 149 : 364-366.
166. SELVINI A., RIZZI F. et ROSSETTI V. — *Sull'azione antichilomicronemica dell'eparina*. C.R. XIV Congr. Soc. Ital. Cardiol. Taormina, 29-30 mai 1952 : 361-363.
167. SIBILLA D. et FALDI Fr. — *Ricerche sulle modificazione elettrocardiografiche da tabacco inalato*. Cuore e Circ., avr. 1941, 25 : 144-147.
168. SIMICI D. et MARCU I. — *Recherches pléthysmographiques sur l'action vasculaire de la fumée de tabac chez l'homme*. J. Phys. Path. Gén., mars 1927, 25 : 58-64.
169. SIMPSON K. — *Pathology of sudden death*. Lancet, 22 nov. 1947, 253, ii : 745-747.
170. SNAPPER I. — *Chinese lessons to western medicine*. New-York, Inter-science Press., 1941 : 160. (in Friedberg : 52 et in Malmros : 125).
171. SNAPPER I. — *Nutrition and nutritional diseases in the Orient*. Advances Int. Med. 1947, 2 : 577. (in Dreyfuss : 40).
172. SOULIÉ P. et ALAGILLE D. — *Les lipoprotéines dans l'athérosclérose humaine et expérimentale*. Sem. des Hôp., 20 oct. 1953, 29 : 3171-3181.
173. STEINER P.E. — *Necropsies on Okinawans*. Arch. Path., 1946, 42 : 359. (in Dreyfuss : 40 et in Friedberg : 52).
174. STERNE J. — *L'étiologie de la maladie hypertensive à la lueur de l'expérience marocaine*. Maroc méd., avr. 1953, 32 : 430-436.
175. STÉVENIN H. — *La médecine d'assurance sur la vie. Facteurs biologiques, médicaux et sociaux de la mortalité et de la longévité*. Masson, Paris, 1951.
176. STEWART I. Mc D.G. — *Coronary disease and modern stress*. Lancet, 23 déc. 1950, 259 i : 867-870.
177. TAMCHES A. — *Propriétés antiathéromateuses de l'héparine. Preuves objectives cliniques et biologiques*. Pr. méd., 24 oct. 1953, 68 : 1382.
178. TARGOWLA R. — *Les séquelles pathologiques de la déportation dans les camps de concentration allemands pendant la deuxième guerre mondiale*. Presse méd., 21 avr. 1954, 62 : 611-613.
179. VAGUE J. — *Comment la surcharge adipeuse favorise-t-elle le développement de l'artériosclérose et du diabète*. Sem. des Hôp. Paris, 22 sept. 1954, 30 : 3244-3246.
180. VAGUE J., JOUVE A. et TEITEBAUM M. — *La place de la différenciation sexuelle dans les syndromes coronariens*. Arch. Mal. Cœur, avr. 1955, 48 : 377-388.
181. VARTIAINEN I. et KANERVA K. — *Ann. Med. Int. Fenniae*, 1947, 36 : 748 (in Malmros : 125).
182. WHITE N.K., EDWARDS J.E. et DRY T.J. — *The relationship of the degree of coronary atherosclerosis with age, in men*. Circulation 1950, 1 : 645. (in Gofman e coll. : 67).

183. WHITE P.D. — *Coronary disease and coronary thrombosis in Youth*. J. M. Soc. New Jersey, oct. 1935, 32 : 596. (in Wolferth : 190).
184. WHITE P.D. — *Changes in relative prevalence of varicus types of heart disease in New England*. J. Amer. med. Ass., 1953, 151 : 303.
185. WHITE P.D. et SHARBER F. — *Tobacco, alcohol and angina pectoris*. J. Amer. med. Ass., 3 mars 1934, 102 : 655-657.
186. WILENS S.L. — Amer. J. Pathol., 1947, 23 : 793. (in Friedberg : 52 : 342).
187. WILKINSON (in Jouve et coll. : 106 : 895).
188. WITAS P. — *Du rôle important de l'oxyde de carbone dans la toxicité du tabac*. Algérie méd., nov. 1933, 37 : 689-699.
189. WOLDOW A., CHAPMAN J.E. et EVANS J.M. — *Fat tolerance in subjects with atherosclerosis. Heparin effects upon lipemia, lipoproteins and gamma globulin*. Amer. Heart J., 1954, 47 : 568.
190. WOLFERTH C.C. — *Present concepts of acute coronary occlusion*. J. Amer. Med. Ass., 27 nov. 1937, 109 : 1769-1774.
191. WRIGHT I. et MOFFAT D. — *The effects of tobacco on the peripheral vascular system*. J. Amer. med. Ass., 4 août 1934, 103 : 318-323.
192. WUEST J.H., Jr., DRY Th. J. et EDWARDS J.E. — *The degree of coronary atherosclerosis in bilaterally cophorectomized women*. Circulation, juin 1953, 7 : 801-809.
193. X. *Deaths of physicians in 1943*. J. Amer. med. Ass., 1<sup>er</sup> janv. 1944, 124 : 36.
194. X. — *Deaths of physicians in 1944*. J. Amer. med. Ass., 13 janv. 1945, 127 : 90.
195. X. — *Obituaries of physicians published in 1948*. J. Amer. med. Ass., 22 janv. 1949, 139 : 230.
196. YATER W.M., TRAUMA H., BROWN W.G., FITZGERALD R.P., GISLER M.A. et WILCOX. B.B. — *Coronary artery disease in men 18-39 years of age. Report of 866 cases, 450 with necropsy examinations*. Amer. Heart J., 1948, 36 : 334-372, 481-526, 683-722.



*le ferment vivant*

**VIVACIDOL**

RÉGÉNÈRE la flore de défense  
et  
NORMALISE le milieu intestinal

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

A.T.C.P.

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros — TUNIS — Tél. 282.090

## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 22 JUIN

*Communications :*

*A propos d'une observation de mégacholedeoque lithiasique traité par anastomose cholédoco-jéjunale,*  
par S. MESTIRI et H. AYARI.

*Iléocystoplastie pour séquelle vésicale de tuberculose rénale. Résultat datant d'un an,*  
par J. CUÉNANT et P. ZIRAH.

*Le pneumo-médiastin pré-opératoire. Confrontation anatomique à propos d'un épithélioma malpighien,*  
par A. ZAÏMI, J. BOUJENAH et J. DEMIRLEAU.

*A propos d'une tumeur bronchique bénigne,*  
par B. BROU, J. DEMIRLEAU, J. GEAY et C. ZÉRAH.

## GRIPPE

## THERMALGINE VITAMINÉE C

12 cgr. de Vitamine C. }  
15 cgr. de quinine } par comprimé dragéfié

*Un ou deux comprimés 3 à 4 fois par jour*



*Association équilibrée des trois hormones sexuelles :*  
*œstradiol - progestérone - testostérone*

## Tricœstrine Roussel

**Troubles  
post-ménopausiques**

**Hémorragies utérines  
fonctionnelles**

### **Forme parentérale**

Benzoate de dihydro-folliculine 3 mg  
Progestérone 20 mg  
Propionate de testostérone 25 mg  
Soluté huileux injectable 1 cm<sup>3</sup>  
pour une ampoule  
Boîte de 2 ampoules

### **Forme buccale**

Ethinyl-œstradiol 5 µg  
Anhydroxy-progestérone 5 mg  
Méthyl-testostérone 2,5 mg.  
pour une glossette  
Boîte de 20 glossettes

### **LES LABORATOIRES ROUSSEL**

140<sup>bis</sup>, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS (VI<sup>e</sup>)**

**ALGER** : laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel

**TUNIS** : O.S.P., 10, rue Amilcar.

**CASABLANCA** : Sté Maroc des Lab. ROUSSEL, 48, rue Nationale

**SAIGON** : laboratoires ROUSSEL 26, rue Lagrandière.

**AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE** : Adresser les demandes aux  
laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, PARIS (VI<sup>e</sup>)



## Iléo-cysto-plastie pour séquelle vésicale de tuberculose rénale. Résultat datant de un an

J. CUÉNANT et P. ZIRAH

L'iléocystoplastie, ou agrandissement de la vessie par une anse iléale, est d'indication exceptionnelle en Tunisie puisqu'elle s'adresse essentiellement aux séquelles vésicales de la tuberculose rénale et l'on sait que celle-ci est assez rare en ce pays. Pratiquée maintenant de façon courante en France (CIBERT vient de faire état de 60 cas opérés par lui), il nous paraît cependant justifié de publier celui-ci : c'est à notre connaissance la première observation tunisienne et le résultat éloigné (il dépasse un an) prouve l'excellence de la méthode.

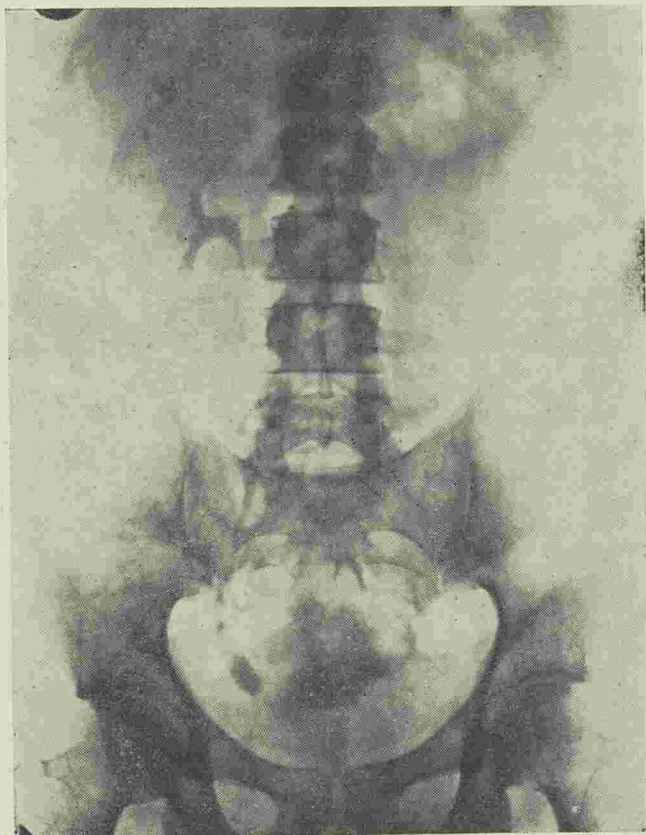


FIG. 1

Voici l'observation. M. H..., originaire de Smyrne, âgé de 41 ans, est hospitalisé en novembre 1954 dans le Service du Dr KOSKAS, pour une cystite intolérable; celle-ci ne lui laisse de repos le jour comme la nuit tant sont fréquentes les mictions et cuisantes les brûlures qui les accompagnent. Il absorbe des doses considérables d'œstrogènes, nous confessant en toute simplicité qu'il est porteur d'un cancer de la prostate. En fait, il s'agit d'une prostatite tuberculeuse objectivée par une épидидymite bilatérale de même nature. Cette étiologie était confirmée par la présence de BK dans les urines. L'état général est très médiocre, il y a une pyurie considérable et une première U.I.V. montre un rein gauche strictement muet, un rein droit normal dont l'uretère pelvien est cependant un peu dilaté. (Fig. 1).

Une rapide préparation aux antibiotiques permet le 30 novembre 1954 d'enlever un rein gauche tuberculeux complètement détruit.

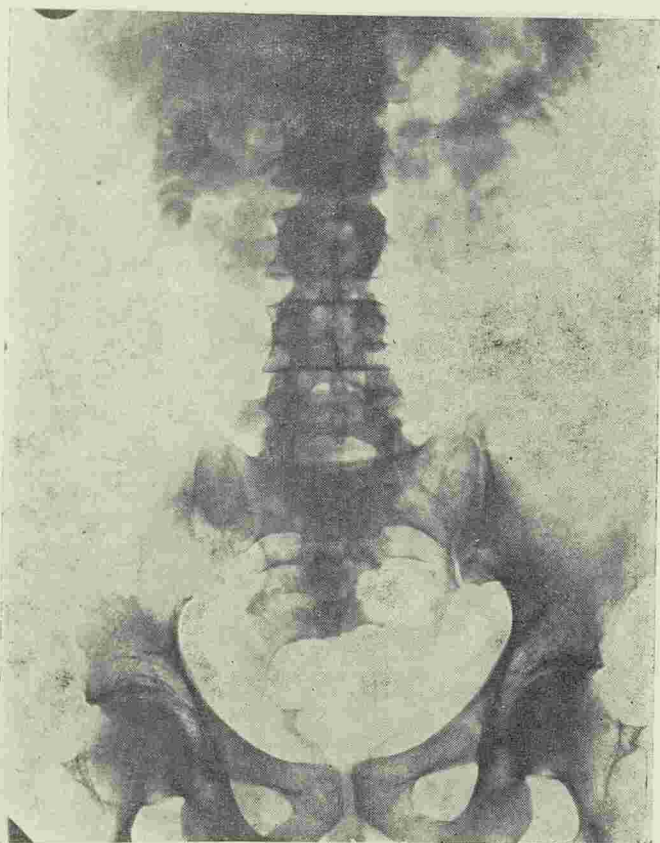


FIG. 2

Notre malade sort largement pourvu d'antibiotiques dont l'action sur la cystite se révélera pratiquement nulle. C'est pourquoi il se fait réhospitaliser en avril 1955. Cette fois, l'U.I.V. montre des signes d'alarme évidents sur le rein restant qui est manifestement dilaté et dont l'excrétion est pâle et retardée (Fig. 2). A l'examen sous anesthésie, la vessie n'admet pas plus de 80 cc, mais du fait d'un élément spasmodique surajouté, les mictions sont tellement fréquentes que le sujet est pratiquement incontinent.

Il nous a semblé que l'indication d'iléocystoplastie était justifiée par l'état scléreux de la vessie comme par l'espoir de voir régresser la dilatation du rein restant. Elle fut réalisée le 18 avril 1955 par voie médiane sous ombilicale : on exclut à environ 20 cm de l'angle iléo-cœcal une anse iléale de 30 cm de long et on rétablit la continuité du grêle par une suture termino-terminale. L'anse isolée est fermée en bourse à ses 2 extrémités (Anse en U) puis extra-péritonisée. On referme le péritoine et on ouvre la vessie dans le sens transversal : ses parois sont pâles et absolument rigides. L'anse iléale est ouverte longitudinalement puis anastomosée à la vessie en 2 plans de catgut. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie et la paroi refermée plan par plan.



Fig. 5



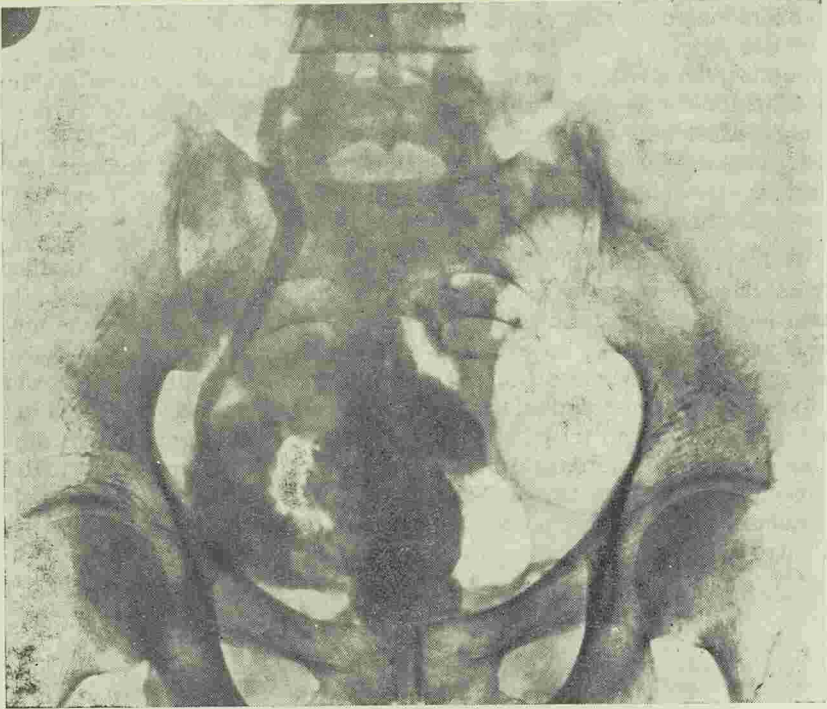


FIG. 3

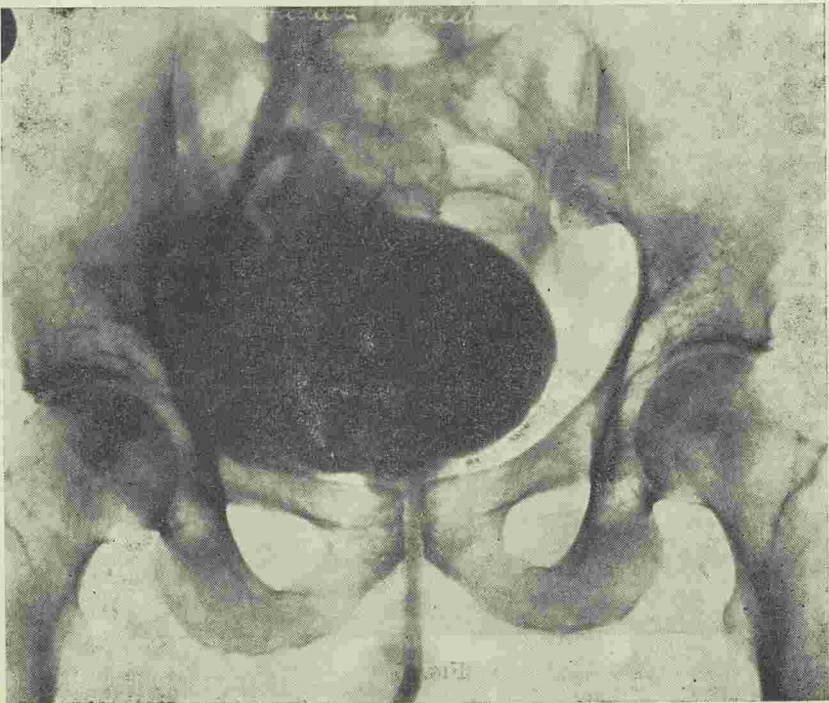


FIG. 4

Les suites opératoires furent tout à fait normales. Une première cystographie est faite le 9 mai 1955. On y voit parfaitement dessinée l'anse iléale, mais il existe un reflux vésico-urétéral. (Fig. 3).

À ce moment notre malade se déclare satisfait, ses mictions étant réduites à 2 ou 3 la nuit, le rythme diurne étant de 2 à 3 heures. Nous le revoyons en mai 1956, soit un an après. L'état général est des meilleurs, les mictions sont espacées de 3 heures, les cuissons nulles, les urines claires. L'U.I.V. montre que la dilatation pyélo-urétérale a complètement regressé et la cystographie que la capacité vésicale est excellente, mais que le reflux persiste. (Fig. 4 et 5).

Néanmoins le résultat est à inscrire à l'actif de cette excellente opération. La substitution à la vessie détruite d'une anse iléale a non seulement permis de conserver la fonction mictionnelle et de guérir les souffrances de notre malade, mais elle a encore réalisé la protection du rein restant qui était fatalement voué à la destruction par dilatation. Incontestablement supérieure à l'anastomose urétéro-sigmoïdienne, cette opération trouvera des indications de plus en plus nombreuses au fur et à mesure qu'elle nous sera plus familière.

INNOVATIONS  
innothéro  
THÉRAPEUTIQUES

**MUCINUM**  
LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



**CALCIUM CORBIERE BUYABLE**  
**VITAMINÉ - C. D. P P**

REMBOURSE S. S.

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS



## LE PNEUMOMÉDIASTIN PRÉ-OPÉRATOIRE

—0—

## Confrontation anatomique

par A. ZAÏMI, J. BOUJENAH et J. DEMIRLEAU

—0—

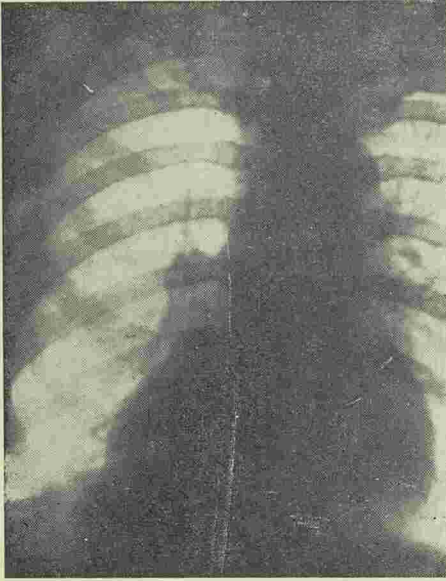
Pour rendre valable l'acte thérapeutique et le geste chirurgical en matière de cancer bronchique, il est nécessaire de porter un diagnostic précoce. Dans un deuxième temps il serait souhaitable de prévoir les possibilités ou les difficultés opératoires. Les méthodes d'investigation qui concourent à explorer la tumeur, à l'isoler de la paroi ou du poumon, sont nombreuses et variées. Mais seul, le pneumomédiastin, grâce à l'insufflation d'air dans l'espace prévertébral et périaortique, dissocie réellement tous les éléments du médiastin et « visualise » la tumeur en la libérant de ses différents rapports avec les formations avoisinantes.

Le pneumo médiastin est une investigation qui est en voie, en pneumologie, de devenir de pratique courante; non pas seulement pour préciser un diagnostic topographique mais aussi pour situer les difficultés opératoires. Il est d'un grand secours quand la décision opératoire ne tient plus qu'à l'état local de la tumeur et aux rapports qu'elle épouse avec les éléments du voisinage. Les résultats qu'il fournit peuvent être suffisants pour dispenser d'une thoracotomie dont on prévoit qu'elle ne pourrait être qu'exploratrice; on éviterait ainsi des interventions, dont on ne pourrait prévoir par avance qu'elles seraient inutiles ou nuisibles, voire mortelles.

Nous avons choisi pour l'illustrer une observation absolument typique d'un cancer bronchique chez un homme de la cinquantaine.

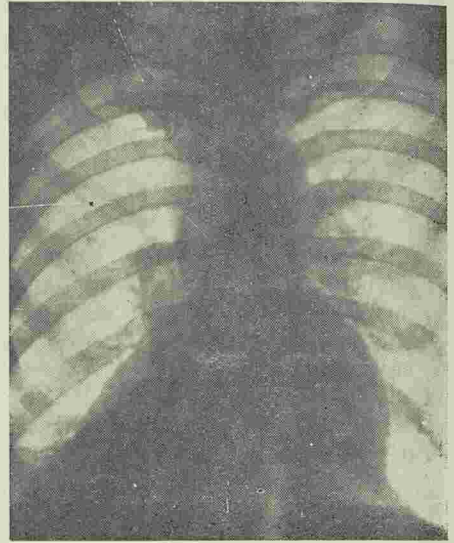
M. M. Naï..., âgé de 56 ans, employé aux services municipaux, vient consulter en décembre pour une toux tenace et un dyspnée asthmatiforme. L'état général a décliné, l'amaigrissement est important et tous ces signes ont fini par inquiéter le malade et son entourage. M. N... a toujours été en bonne santé jusqu'en novembre 1953, soit deux ans auparavant, où il s'est présenté à une consultation hospitalière pour toux et asthénie. Il lui a été prescrit de l'I.N.H. et du P.A.S. en raison de la constatation d'une image anormale de la base droite. Malgré les recommandations qui lui ont été faites, le malade néglige de retourner à cette consultation où il est définitivement perdu de vue.

Les examens radiologiques que nous pratiquons montrent une grosse opacité basale postérieure droite, dense et homogène, d'allure lobaire et une opacité plus floue cotonneuse périciliaire droite.



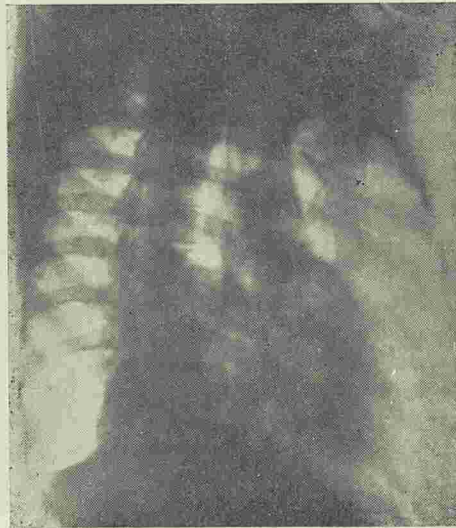
11-12-53

1. — *Grosse opacité comblant le sinus phréno-cardiaque. Comblement du sinus costo-diaphragmatique. Opacité arrondie hilare droite.*



23-1-56

2. — *Même image à deux ans d'intervalle.*



23-1-56

3. — *En O.A.D. on voit mieux l'opacité basale qui est postérieure et segmentaire.*

C'en est assez pour subodorer le cancer bronchique; le malade est hospitalisé. Très rapidement, des examens complémentaires sont entrepris. D'abord des tomographies du champ droit qui confirment les données de l'examen standard; une coupe particulièrement heureuse passant par les plans trachéo-bronchiques révèle une opacité obstruant la lumière bronchique au niveau du segment intermédiaire.

Cette constatation est confirmée par la bronchoscopie faite le lendemain qui découvre un bourgeon néoplasique mûriforme juste après l'orifice lobaire supérieur droit, obstruant complètement la bronche.

L'examen du prélèvement révèle la nature histologique de la tumeur.

« Le prélèvement a porté essentiellement sur un dépôt fibrinoleucocytaire dense qui recouvre un tissu de granulation. Au sein de cette masse fibrino-nécrotique on trouve 2 à 3 boyaux de cellules épithéliales malpighiennes atypiques ayant une grande activité mitotique.

Il s'agit d'un épithélioma épidermoïque muqueux sans maturation cornée. » (Mme le D<sup>r</sup> GORDEEF)

Nous sommes donc en présence d'un épithélioma épidermoïde, c'est-à-dire un cancer à extension locale relativement lente, relativement accessible à la chirurgie, chez un homme de 56 ans; nous nous proposons de peser les risques d'une pneumonectomie.

Les examens biologiques ne sont d'aucun secours pas plus que les bacilloscopies (en raison des antécédentes bacillaires) qui restent négatives. L'œsophage opacifié montre des irrégularités de la muqueuse au contact de la masse néoplastique. Mais compte-tenu de l'absence de toute manifestation dysphagique ou douloureuse, il ne semble pas qu'il y ait là le signe d'un envahissement de l'œsophage. Le poumon gauche est strictement normal. Par contre, le poumon droit présente, outre les deux anomalies hilaires et basale, deux images arrondies, à contour fin, situées à l'extrême apex bien dessinées sur certaines coupes tomographiques. Ces images bulleuses représenteraient le reliquat des lésions traitées en 1953.

Le Pneumomédiastin est alors décidé et créé avec les précautions habituelles. La voie choisie est la voie précocygienne. Elle ne nécessite aucun appareillage spécial. Les insufflations sont faites à la seringue; l'injection est poussée très lentement. 2.000 cm<sup>3</sup> sont insufflés en 2 heures environ. Le malade est revu le lendemain, soit 12 heures plus tard, pour les examens tomographiques de face et de profil. La tolérance est parfaite. Un emphysème sous-cutané cervical, prévisible et anodin, disparaît 48 heures plus tard.

Comme le montrent les tomographies de face et surtout de profil que nous devons à l'obligeance du D<sup>r</sup> ABDELMOULA l'opacité basale intéresse tout le lobe inférieur. Il n'existe pas d'adhérences ni au niveau du diaphragme dont on voit bien les piliers, ni au niveau du ventricule





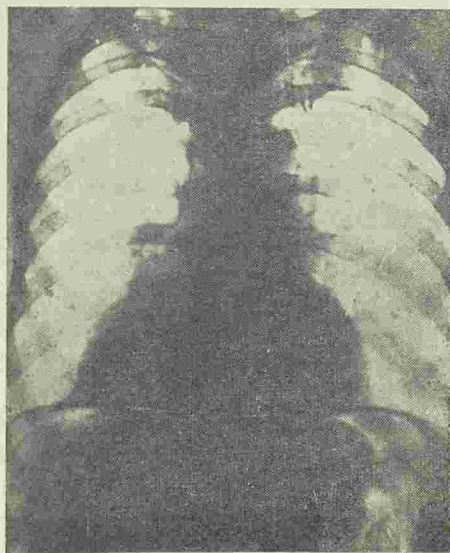
1-2-56

4. — *La lumière bronchique est obstruée par le bourgeon qui fait saillie*



10-2-56

5. — *L'œsophage opacifié montre des irrégularités de la muqueuse*



13-2-56

6. — *Radiographie standard de face après pneumomédiastin. — L'air a diffusé dans l'espace rétro-péritonéal et médiastinal, disséquant les éléments vasculaires du médiastin.*

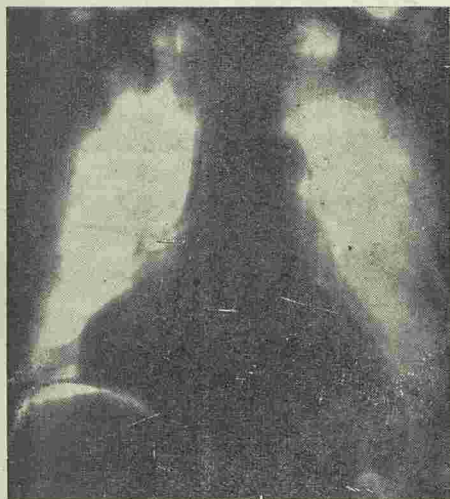
droit; il existe même entre la tumeur et la paroi ventriculaire un espace libre qui semble constituer un plan de clivage idéal. Par contre, au niveau de l'oreillette droite les contacts sont plus intimes et il existe une véritable fusion des éléments du hile vasculaires et bronchiques avec la masse néoplasique.

Cette fusion est telle qu'elle noie littéralement un ganglion inter-bronchique, au contact du bourgeon; sur la pièce anatomique le ganglion est au contact d'une muqueuse amincie et envahie elle-même par les processus néoplasiques.

Nous référant à la relative conservation de l'état général, à l'absence de stigmate biologique, à l'intégrité de l'appareil cardio-vasculaire et du poumon opposé nous proposons l'exérèse qui est réalisée le 28 février 1956 (Dr DEMIRLEAU).

Malgré des difficultés opératoires réelles, notamment de dissection des éléments du hile et de l'auricule englobés dans une véritable gangue cancéreuse, la pneumonectomie est réalisée. Les suites opératoires sont remarquablement simples. La température retourne à la normale en une semaine. Le malade regagne son domicile un mois environ après l'opération.

Depuis quatre mois, le malade est suivi régulièrement à la consultation externe.



13-2-56

7. — Tomographie de face après pneumomédiastin.

*Les contrastes sont mieux accusés, mais la dissocation des organes n'est pas parfaite*



14-2-56 (8 cm.)

8. — *Il n'existe pas d'adhérences au niveau du diaphragme; il existe même un véritable plan de clivage entre la grosse masse et le cœur*

Staphylococcies Staphylococcies Staphylococcies  
Streptococcies Streptococcies Streptococcies  
Staphylococcies Staphylococcies  
Pneumococcies Pneumococcies  
Staphylococcies Staphylococcies  
Entéroccoccies Entéroccoccies  
Staphylococ  
Streptococ

# ROVAMYCINE

5337 R.P. SPIRAMYCINE  
découverte des laboratoires de recherches  
RHÔNE-POULENC

## ANTIBIOTIQUE DE SÉCURITÉ

Staphylococcies  
Entéroccoccies  
Staphylococcies  
Streptococcies  
Staphylococcies  
Pneumococcies  
Staphylococcies  
Entéroccoccies  
Staphylococcies  
Streptococcies  
Staphylococcies  
Pneumococcies  
Staphylococcies  
Entéroccoccies

### LA ROVAMYCINE

**RESPECTE LA FLORE  
INTESTINALE UTILE**

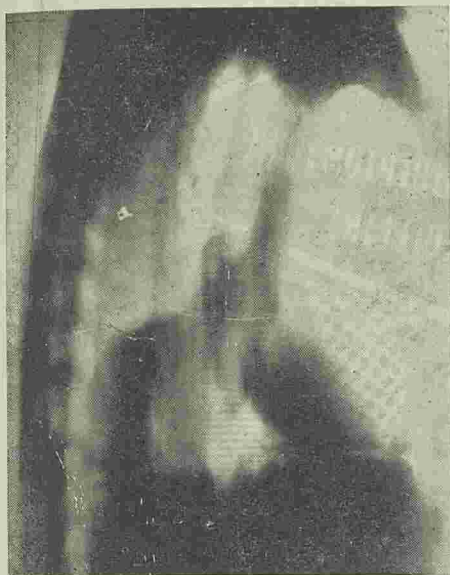
Flacons de 20 comprimés  
vernis dosés à 250 mg

Remboursable par la  
Sécurité Sociale



Entéroccoccies Entéroccoccies Enté





14-2-56 (11 cm.)

9. — *Contacts plus intimes au niveau du hile où l'on devine une petite adénopathie au contact de la muqueuse bronchique*



12-6-56

10. — *Cliché post-opératoire. Hémithorax droit réhabité. A gauche parenchyme normal.*

L'hémithorax droit est entièrement réhabité. Le médiastin est en place. Le malade est soumis en plus à un examen clinique soigneux à la recherche de la moindre métastase ganglionnaire, osseuse ou génito-urinaire. Nous pensons l'autoriser à reprendre son travail dans des délais rapides. (1)

L'intérêt de cette observation réside :

1° Dans la lenteur d'évolution d'une variété de cancer bronchique (puisque le délai d'évolution connu par notre malade est au moins de 2 ans) et de sa relative bonne tolérance.

2° De la possibilité de préciser dans certaines limites le pronostic opératoire par le pneumomédiastin associé aux autres explorations du médiastin.

3° Dans l'association qui est loin d'être fortuite, dans un pays à forte endémie tuberculeuse comme la Tunisie, de la tuberculose et du cancer. Le poumon de notre malade contient les deux variétés lésionnelles bacillaire au sommet, néoplasique dans les autres parties du poumon. D'où la nécessité de suspecter de parti pris le cancer devant toute image qui n'évoque pas les caractères habituels de la tuberculose.

4° Dans les perspectives d'une chirurgie qui, devant de bonnes indications, offre outre la sécurité opératoire, des guérisons que nous souhaitons durables.

(Travail fait à l'Hôpital « Lamine Premier »  
Service du D<sup>r</sup> BOUJENAH).

(1) Le malade, qui se porte très bien, 7 mois après l'intervention, a repris son emploi d'ouvrier municipal sans aucun incident.

PREPARATIONS INJECTABLES DE

**STREPTO-  
DIHYDROSTREPTOMYCINE  
& BIPENICILLINE**

**DEUX DOSAGES**

**STREPTO 0,25 gr. } = 0,5 gr.  
DIHYDRO 0,25 gr. }**

**BIPENI 500.000 U.O.**

**STREPTO 0,5 gr. } = 1 gr.  
DIHYDRO 0,5 gr. }**

**BIPENI 1.000.000 U.O.**

15/2374

MAISON  
FONDÉE EN 1898  
PAR  
L'ÉTIENNE  
SARBAK

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE. AGREE PAR L'A.M.G. LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITES

*Sarbak*

CHATILLON sur CHALARONNE · TÉLÉPHONE : 24 et 25

**PHARMOFFICE** : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.  
**Diffusion Pharmaceutique Marocaine** : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.  
**SARRABIA** : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisje).  
**BONNIOT** : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).  
**GUIGON** : Boîte Postale 513 — DAKAR (Sénégal).  
**SO.A.C.I.A.** : Boîte Postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).  
**LABOREX** : Boîte Postale 872 — DAKAR (Sénégal).  
**Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise** : Boîte Postale N° 362 —  
FORT DE FRANCE (Martinique).

## A propos d'une poussée épidémique récente de méningites suppurées

par S. BENMUSSA, R. DIDIER et R. BEN OSMAN

—o—

(Séance du 13-4-56)

Deux considérations justifient cette communication : d'une part, le **nombre particulièrement élevé de cas** de méningites suppurées depuis ces quatre derniers mois, d'autre part, le **taux important de la mortalité**.

### I. — L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE

En Tunisie comme en Europe, les méningites suppurées sont observées sous la forme de cas sporadiques et d'épidémies saisonnières hivernales.

Mais ces épidémies ne sont pas fréquentes.

La question des méningites suppurées n'a fait l'objet que de rares publications. Une seule doit être retenue, c'est le travail de A. CORCOS paru dans « L'Algérie Médicale » (1946) relatant un certain nombre de cas observés pendant la guerre.

Le Service des Maladies Infectieuses Infantiles de l'Hôpital Charles Nicolle reçoit chaque année une dizaine de cas sur un millier de malades.

Or, en quatre mois, nous avons enregistré 28 cas et la poussée épidémique ne semble pas encore ralentie. (1)

Ils se répartissent de la façon suivante :

#### 1° Selon l'âge :

41 jours . . . . .	1 cas	5 ans 1/2 . . . . .	1 cas
4 mois . . . . .	1 »	6 ans . . . . .	1 »
7 mois . . . . .	1 »	7 ans . . . . .	1 »
9 mois . . . . .	1 »	8 ans . . . . .	3 »
10 mois . . . . .	1 »	9 ans . . . . .	3 »
18 mois . . . . .	1 »	10 ans . . . . .	1 »
20 mois . . . . .	1 »	11 ans . . . . .	1 »
3 ans . . . . .	1 »	14 ans . . . . .	1 »
4 ans . . . . .	4 »	15 ans . . . . .	1 »
5 ans . . . . .	3 »		

(1) Depuis cette communication, le nombre s'élève actuellement à 38.





...comme

**V**itamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

*homologué et remboursé par la S. S.*

TUNISIE : Ets NOTE, 61, Avenue Garros, Tél. 282.090 — TUNIS

## 2° Selon le germe :

Méningocoque . . . . .	23 cas
Pneumocoque . . . . .	3 cas (chez des enfants âgés de 41 jours, 18 mois, 20 mois)
Pfeiffer . . . . .	2 cas (chez des enfants âgés de 4 et 10 mois).

En ce qui concerne les divers germes, la Tunisie ne fait donc pas non plus exception et le méningocoque de Weichselbaum est, comme en Europe, le plus fréquemment en cause.

Voici ces 28 observations résumées :

**Observation N° 1.** — Baptiste P., 18 mois. Méningite à méningocoques.

Entré dans le service le 5 novembre 1955 pour fièvre et vomissements depuis 3 jours.

A l'examen : température à 38°3, raideur de la nuque, enfant somnolent, réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide louche contenant des méningocoques, albumine 2,20 g.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Streptomycine : 0,50 g par jour; Tifomycine injectable : 0,50 g par jour; Soludagénan : une demi ampoule par jour.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités et Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour pendant 2 jours.

Evolution : disparition en 3 jours des signes cliniques.

Ponctions lombaires : le 12-11-55 : 35 éléments par mm<sup>3</sup> — 0,39 g ‰ d'albumine, 0,68 g ‰ de glucose liquide limpide;

le 22-11-55 : 2,4 éléments — 0,30 g d'albumine, 0,54 g de glucose;

le 3-1-56 : 3,2 éléments — 0,28 g d'albumine, 0,30 g de glucose.

Guérison sans séquelles après 15 jours de traitement.

**Observation N° 2.** — Mokdad R..., 9 mois. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 18 novembre 1955 pour fièvre, vomissements et convulsions apparus le matin même.

A l'examen : fièvre 39°5, fontanelle bombée et tendue. Enfant pâle, abattu. Réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques; albumine : 1,30 g, glucose : 0,75 g.

*Traitement :*

1° Général : Soludagénan : 0,50 g par jour; Pénicilline : 500.000 unités par jour; Streptomycine : 0,50 g; Gardénal injectable et Cor-



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN  
14 bis. Rue Arago — TUNIS



tison : 20 mg par jour à partir du 4<sup>e</sup> jour devant l'état grave de l'enfant.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités et Streptomycine : 25 mg 1 fois par jour pendant 6 jours.

Evolution : amélioration lente des signes cliniques et de l'état général en une quinzaine de jours.

Ponctions lombaires : le 26-11-55 : liquide limpide, 33 éléments — 0,33 g d'albumine — 0,70 g de glucose;

le 6-12-55 : 3,2 éléments — 0,23 g d'albumine — 0,48 g. de glucose. Guérison sans séquelles après 20 jours de traitement.

**Observation N° 3.** — Mohamed Hédi Ben T..., 10 ans. Méningite à méningocoques et tuberculeuse.

Entre dans le service le 26-11-55 pour fièvre et syndrome méningé dont le début remonte à 8 jours.

A l'examen : fièvre 39°, raideur de la nuque et signe de Kernig. Réflexes tendineux normaux. Enfant en mauvais état général. Cuti-réaction fortement positive. Radiographie pulmonaire normale.

Ponction lombaire : liquide eau de riz, éléments incomptables, présence de rares méningocoques, albumine : 1,52 g, sucre : traces. —

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline, Soludagénan, Streptomycine, Tifomycine et Cortisone : 100 mg par jour.

2° Local : Pénicilline et Streptomycine pendant 5 jours.

Evolution : l'enfant reste fébrile les jours suivants et l'état général grave, apparition de mouvements convulsifs au niveau de la face.

Ponction lombaire le 6-12-55 : liquide xanthochromique, 547 éléments, albumine : 2,80 g, sucre : 0,28 g.

On conclut alors qu'il s'agit d'une méningite tuberculeuse avec surinfection à méningocoques (ce que confirmera l'inoculation au cobaye).

L'enfant est remis à la Cortisone qui avait été arrêtée le 4<sup>e</sup> jour et on administre Streptomycine et Rimifon par voie générale et locale.

Ponction lombaire le 12-12-55 : liquide clair, 127 éléments — 3,20 g d'albumine — 0,10 g de glucose.

On remplace alors la Cortisone par le Cortancyl (cure de 50 jours).

Ponctions lombaires : le 4-2-56 : 227 éléments — 0,24 g d'albumine;

le 12-3-56 : 57 éléments — 0,41 g d'albumine — 0,28 g de glucose;

le 5-4-56 : 11 éléments — 0,37 g d'albumine.

Conclusion : guérison rapide en quelques jours de la sérinfection méningocoque. Guérison au bout de 5 mois de traitement de la méningite tuberculeuse, l'enfant étant toujours suivi depuis sa sortie de l'hôpital.

# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT

OLÉO

INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.

SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice  
du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Ménopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

**MODE D'EMPLOI :** 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS

**Observation N° 4.** — Taïeb Ben A..., 13 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 6 décembre 1955 pour syndrome méningé apparu depuis 4 jours.

A l'examen : malade dans le coma, raideur de la nuque, herpès labial.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques — albumine : 3,30 g — glucose : 0.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline, Soludagénan, Streptomycine et Tifomycine.

2° Local : Pénicilline et Streptomycine.

Evolution: malgré ce traitement, le malade ne sort pas du coma et meurt le 3<sup>e</sup> jour de son hospitalisation.

Conclusion : méningite cérébrospinale vue trop tardivement au stade de coma. Evolution mortelle.

**Observation N° 5.** — Abdelaziz Ben A..., 7 mois. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 15 novembre 1955 pour syndrome méningé et fièvre apparus depuis 6 jours.

A l'examen : fièvre 38°3, fontanelle bombée, mauvais état général. Enfant pâle, hypotonique.

Ponction lombaire : liquide louche contenant des méningocoques — albumine : 1,08 g.

*Traitement :*

1° Général : Soludagénan, Pénicilline, Streptomycine et Tifomycine.

2° Local : Pénicilline et Streptomycine.

Evolution : l'enfant est repris par ses parents le soir même de son hospitalisation après moins de 24 heures de traitement et nous l'avons perdu de vue depuis.

**Observation N° 6.** — Mongi Ben H..., 7 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 26 décembre 1955 pour syndrome méningé ayant débuté depuis 4 jours.

A l'examen : fièvre à 38°4, herpès labio-narinaire, raideur de la nuque. Réflexes tendineux normaux. Mauvais état général, pâleur, abattement.

Ponction lombaire : liquide louche contenant des méningocoques — albumine : 0,38 g.



# Lactophilus

complément vivant



des antibiotiques

INFECTIONS INTESTINALES

LABORATOIRE DE BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE LAVRIL  
13, rue Pecllet - Paris 15<sup>e</sup>

*Traitement :*

1° Général : Soludagénan, Pénicilline et Terramycine.

2° Local : Pénicilline et Streptomycine durant 4 jours.

Evolution : émaillée par l'apparition d'une coqueluche intercurrente. Cependant les signes cliniques de méningite s'améliorent rapidement, mais l'état général ne se relève que lentement.

Ponctions lombaires : le 11-1-56 : liquide limpide, 3,2 éléments — 0,22 g d'albumine — 0,15 g de glucose;

le 14-2-56 : 20,8 éléments — 0,27 g d'albumine — 0,45 g de glucose.

Conclusion : guérison sans séquelles après un mois de traitement.

**Observation N° 7.** — Mohamed Habib A..., 10 mois. Méningite à Pfeiffer.

Entre dans le service le 16-1-56 pour tension de la fontanelle, vomissements, fièvre depuis 3 jours.

A l'examen : la fontanelle est bombée et tendue. Il présente des vomissements. L'enfant est pâle, athrepsique, déshydraté. Il a des râles sous-crépitaux à la base gauche.

Ponction lombaire : liquide xanthochromique contenant des bacilles gram négatifs, ayant les caractères du bacille de Pfeiffer, 240 éléments.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 500.000 unités par jour; Streptomycine : 0,50 g; Terramycine : 0,20 g; Soludagénan : 1 g; Sérum glucose et physiologique sous-cutané; Sérum humain : 1 ampoule par jour.

2° Intra-rachidien : Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour pendant 3 jours.

Evolution : pas d'amélioration clinique. L'état général reste grave. Apparition de troubles digestifs à type de diarrhée. Enfin, apparition de purpura au niveau de l'abdomen.

Ponction lombaire le 20-1-55 : liquide légèrement sanglant avec 880 éléments — albumine : 0,93 g — sucre : 0,37 g.

Donc, pas d'amélioration biologique au bout de 4 jours de traitement.

L'enfant sort contre avis médical le 20-1-56 n'ayant reçu qu'un traitement de 4 jours.

Pas de nouvelles depuis sa sortie.

**Observation N° 8.** — Fahdila Bent S..., 4 mois. Méningite à Pfeiffer.

Entrée le 16 janvier 1956 pour fièvre et vomissements depuis 2 jours avec convulsions.

A l'examen : état général très grave, fontanelle bombée.

Ponction lombaire : liquide purulent, présence de bacilles de Pfeiffer.



*Le pansement de marche*

# ULCÉOPLAQUE

*du Docteur Maury*

## CICATRISÉ



- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.

Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS

# OPOBYL BAILLY

Cholérétiques végétaux

Extraits hépatiques  
et biliaires.

*Affections hépatiques*  
*Constipation*

*1 à 2  
pilules  
aux repas*

LABORATOIRES A. BAILLY · SPEAB ·

19, RUE DU ROCHER PARIS -

Agents pour la TUNISIE

**M.M. VALENZA & C<sup>IE</sup>**

36, Rue Thiers - TUNIS



Ponction ventriculaire : liquide purulent, présence de bacilles de Pfeiffer à l'examen direct et en culture — albumine : 0,63 g — sucre : 0.

*Traitement :*

1° Général : 1 million d'unités par jour; Streptomycine : 0,25 g; Tifomycine : 0,25 g; Soludagénan : une demi ampoule; Gardénal.

2° Local : 2 intra-rachidien par jour; Pénicilline : 10.000 unités; Streptomycine : 0,25 g.

Evolution : mortelle en 48 heures.

**Observation N° 9.** — Claudine, 8 ans. Méningite à méningocoques.

Entrée le 23 janvier 1956 pour syndrome méningé dont le début remonte à 2 jours avec céphalée, vomissements.

A l'examen : température à 38°3, raideur de la nuque nette, herpès labial, pas de signes neurologiques.

Ponction lombaire : liquide purulent, présence de méningocoques — albumine : 2,10 g — sucre : 0.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions par jour; Streptomycine : 0,50 g; Soludagénan : 2 g.

2° Intra-rachidien : Pénicilline : 10.000 unités, une fois par jour; Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour durant 3 jours.

Evolution : rapide amélioration des signes cliniques en quelques jours.

Ponctions lombaires : le 27-1-56 : liquide limpide, 64 éléments — albumine : 0,39 g — glucose : 0,54 g;

le 1-2-56 : liquide limpide, 13 éléments — albumine : 0,23 g — glucose : 0,48 g;

le 21-2-56 : liquide limpide, 31 éléments — albumine : 0,26 g — glucose : 0,4 g.

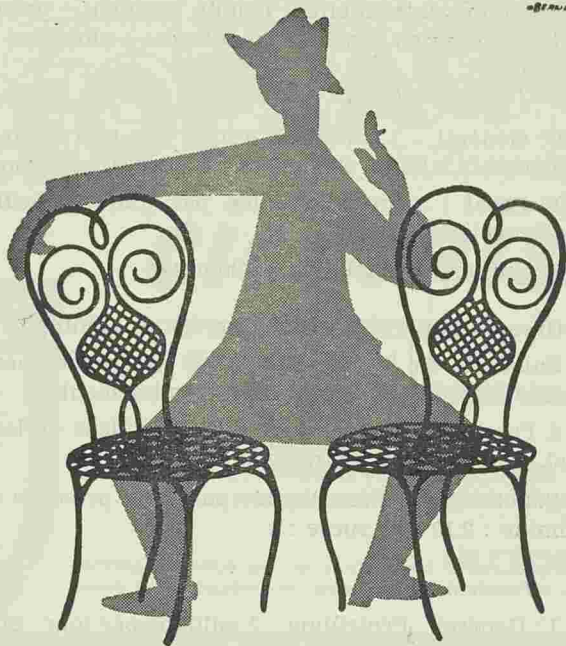
Guérison en 10 jours sans séquelles.

**Observation N° 10.** — Mounira Bent M..., 9 ans. Méningite à méningocoques.

Entrée le 28 janvier 1956 pour syndrome méningé dont le début remonte à 5 jours (céphalée, vomissements, convulsions).

A l'examen : température à 40°, raideur de la nuque, signe de Kernig. Etat général assez grave, état stuporeux.

Ponction lombaire : liquide louche, présence de méningocoques à l'examen direct — albumine : 1,08 g — sucre : 0,50 g.



## HEMORROÏDES

- CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES  
100 à 500 gouttes par jour
- TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
30 à 90 gouttes par jour

VARICES . PHLÉBITES . ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES  
VEINEUX . FRAGILITÉ CAPILLAIRE . ENGELURES  
30 à 300 gouttes par jour

*Toutes les doses ci-dessus doivent être absorbées en  
prises fractionnées*

# Intrait de Marron d'Inde "P"

*La préparation la plus riche en vitamines "P" native*

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3.000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 434  
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 179

11.000 $\gamma$   
de  
Vitamine P  
par cc.



Remboursé par la Sécurité Sociale  
Échantillons sur demande

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 1 million d'unités par jour; Streptomycine : 0,50 g; Soludagénan : 2 g.

2° Intra-rachidien : Pénicilline : 10.000 unités par jour; Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour durant 3 jours.

Evolution : amélioration rapide des signes cliniques. Les vomissements persistent cependant pendant une semaine puis disparaissent.

Ponctions lombaires : le 1-2-56 : albumine, 0,27 g — sucre, 0,60 g;

Le 10-2-56 : albumine, 0,70 g — sucre, 0,61 g.

L'enfant est alors mise aux intra-rachidiennes d'hydrocortisone : 5 mg par jour pendant 9 jours, à partir du 13-2-56.

Ponctions lombaires : le 18-2-56 : élément 1,6 — albumine : 0,24 g — sucre : 0,61 g;

le 25-2-56 : élément 1,6 — albumine : 0,26 g.

Guérison en trois semaines sans séquelles.

**Observation N° 11.** — Hamadi Ben T..., 9 ans. Méningite à méningocoques.

Entré le 28 janvier 1956 pour céphalée, vomissements depuis 3 jours, angine et fièvre depuis 8 jours.

A l'examen : température à 38°, raideur de la nuque, signe de Kernig, pas de signes neurologiques.

Ponction lombaire : liquide renfermant du pus, présence de méningocoques — albumine : 0,62 g — sucre : 0,08 g.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 1 million d'unités par jour; Streptomycine : 0,50 g; Soludagénan : 2 g en intra-musculaire.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités, 1 fois par jour durant 2 jours; Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour.

Evolution : amélioration rapide des signes cliniques en 4 à 5 jours.

Ponctions lombaires : liquide limpide;

le 1-2-56 : 16 éléments — albumine : 0,58 g;

le 6-2-56 : 18 éléments — albumine : 0,63 g — sucre : 0,57 g;

le 10-2-56 : 13 éléments — albumine : 0,21 g — sucre : 0,58 g.

Guérison en 15 jours sans séquelles.

Ponction lombaire le 27 mars : 1,6 élément — albumine : 0,23 g — sucre : 0,58 g.

**Observation N° 12.** — Ahmed Ben M..., 9 ans.

Entre dans le service le 5 février 1956 pour syndrome méningé et fièvre depuis 2 jours.



*fongéryl*

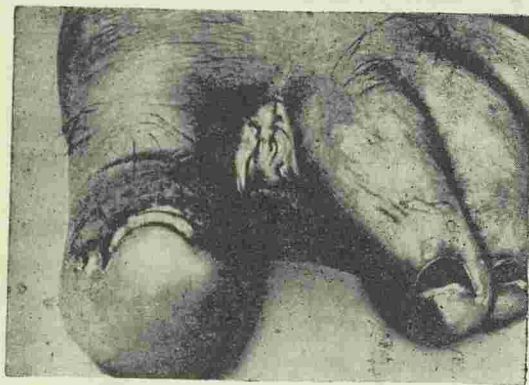
*Lavril*

*liquide*

remboursé S.S. et A.M.G.

*poudre*

*pommade*



**Fongicide \* bactéricide  
puissant et sûr**

**LAVRIL** 13 RUE PÉCLET • PARIS 15\*

A l'examen : fièvre 38°2, raideur de la nuque et signe de Kernig, herpès labial. Réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide trouble contenant des méningocoques — albumine : 0,61 g — glucose : 0,40 g.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions; Soludagénan : 2 ampoules; Streptomycine : 1 g; Tifomycine : 1 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités, une fois par jour; Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour, durant 3 jours.

Evolution : rapide amélioration clinique en quelques jours.

Ponctions lombaires : le 10-2-56 : liquide limpide, 111 éléments — 0,41 g d'albumine — 0,50 g de glucose;

le 20-2-56 : 12 éléments — 0,23 g d'albumine — 0,50 g de glucose.

Guérison en 15 jours sans séquelles.

**Observation N° 13.** — Hayette Bent A..., 4 ans.

Entre dans le service le 4 février 1956 pour syndrome méningé dactant de 8 jours.

A l'examen : fièvre à 38°8, raideur de la nuque et signe de Kernig. Mauvais état général, somnolence.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques — albumine : 0,96 g — glucose : 0.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline, Soludagénan, Streptomycine.

2° Local : Pénicilline et Streptomycine pendant 3 jours.

Evolution : les jours suivants l'enfant reste fébrile, somnolent, continuant toujours à vomir.

Ponctions lombaires : le 11-2-56 : liquide un peu louche, 613 éléments, 0,87 g d'albumine — 0,20 g de glucose;

le 14-2-56 : liquide limpide, 117 éléments — 0,58 g d'albumine — 0,36 g de glucose.

Examen du fond d'œil le 15-2-56 : normal, mais l'état général reste grave avec fièvre et somnolence.

L'enfant est alors mis aux intra-rachidiennes quotidiennes d'hydrocortisone (5 mg) et on ajoute la Tifomycine au traitement général, le 17-2-56.

Dès lors l'état de l'enfant va en s'améliorant, la fièvre tombe et la ponction lombaire faite le 24-2-56, montre un liquide clair avec 8 éléments, 0,29 g d'albumine et 0,15 g de glucose. On arrête alors le traitement local puis le traitement général.

Une ponction lombaire de contrôle un mois plus tard se montre tout à fait normale.

Guérison en 20 jours de traitement sans séquelles.

**Observation N° 14.** — Ahmed ben S., 4 ans. Méningite à méningocoques.

Entré dans le service le 10 février 1956 pour syndrome méningé apparu depuis 5 jours avec fièvre.

A l'examen : température à 38°5, raideur de la nuque avec tête rejetée en arrière, herpès à la joue gauche, réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques, albumine 0,58 g.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 1 million d'unités par jour; Streptomycine : 0,50 g; Soludagénan : 1 ampoule.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg 2 fois par jour durant 2 jours.

Evolution : les vomissements cèdent en trois jours, l'état général s'améliore progressivement, l'enfant garde la tête rejetée en arrière durant une semaine puis reprend une attitude normale.

P.L. le 14-2-56 : liquide limpide, 75 éléments, 0,60 d'albumine — 0,78 de glucose;

le 23-2-56 : 12 éléments, 0,32 d'albumine, 0,37 de glucose.

Guérison en deux semaines sans séquelles.

**Observation N° 15.** — Kaltoum bent S..., 8 ans. Méningite à méningocoques.

Entrée dans le service le 16 février 1956 pour céphalée et vomissements depuis 2 jours avec fièvre.

A l'examen : température à 40°, raideur de la nuque et signe de Kernig. réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide louche contenant des méningocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 1 million par jour; Tifomycine : 1 g; Soludagénan : 1 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités une fois par jour; Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour durant 3 jours.

Evolution : rapide amélioration clinique, en deux jours la fièvre disparaît ainsi que les vomissements.

Ponctions lombaires :

le 23-2-56 : liquide limpide, 92 éléments, albumine : 0,30 g, glucose : 0,56g;

le 27-2-56 : 40 éléments, 0,25 d'albumine.

L'enfant sort le 29-2-56 en très bon état.

Guérison en deux semaines sans séquelles.



**Thérapeutique Vaso - constrictive  
des Troubles circulatoires  
veineux des deux sexes**

# FLUXINE<sup>®</sup>"P"

**3 Formes**

**GOUTTES - DRAGÉES - SUPPOSITOIRES**

## COMPOSITION

INTRAIT DE MARRON D'INDE DAUSSE, TITRE EN  
AESCULOSIDE (Vitamine P) — ALCOOLATURE D'ANE-  
MONE PULSATILLE (plante fraîche) — NOIX VOMIQUE...

## INDICATIONS

Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites) —  
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée,  
Dysménorrhée) — Troubles Circulatoires de la Ménopause.  
Manifestations de la fragilité capillaire (engelures, acro-  
cyanose...)

## POSOLOGIE

X Gouttes (ou 1 dragée) 3 fois par jour.

Gas douloureux : 100 à 300 gouttes

1 Suppositoire le soir - Gas aigus : 3 suppos. par 24 h.

**PRODUITS BONTHOUX**

**VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)**

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8 Passage du 7 Mai - TUNIS

**Observation N° 16.** — Latifa bent M..., 6 ans. Méningite à méningocoques.

Entrée dans le service le 18-2-56 pour fièvre et convulsions depuis deux jours avec vomissements.

A l'examen : très discrète raideur de la nuque, pas de signe de Kernig, herpès de la joue et de la paupière droite, réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide eau de riz, présence de méningocoques albumine : 0.05 g, glucose : traces.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 1 million d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Tifomycine : 1 g; Streptomycine : 0,50 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg 2 fois par jour durant 3 jours.

*Evolution :*

le 20-2-56 : apparition retardée de raideur méningée très nette tandis que les vomissements persistent plusieurs jours;

le 24-2-56 : les signes cliniques s'amendent.

*Ponctions lombaires :*

le 24-2-56 : liquide limpide, 31 éléments; 0,27 d'albumine, 0,70 de glucose;

le 28-2-56 : 13 éléments; 0.20 d'albumine; 0,46 de glucose.

Guérison en 12 jours sans séquelles.

**Observation N° 17.** — Gaspard C..., 20 mois. Méningite à pneumocoques.

Entré dans le service le 24-2-56 pour fièvre, céphalée et vomissements datant de 20 jours et traité par Pénicilline et Streptomycine par voie générale en ville.

A l'examen : température à 39°4, raideur de la nuque et signe de Kernig. Réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide louche contenant des pneumocoques; albumine : 0,90 g; glucose : 0.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline 1 million d'unités par jour; Soludagénan : 3/4 d'ampoule; Streptomycine : 0,50 g; Terramycine : 0,20g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 et Streptomycine : 25 mg 2 fois par jour pendant 3 jours.

*Evolution :* rapide amélioration clinique, disparition de la fièvre et des vomissements en 3 jours.

Ponctions lombaires :

le 29-2-56 : liquide limpide, 205 éléments, 0,73 d'albumine, 0,27 de glucose;

le 5-3-56 : éléments : 21; 0,37 d'albumine, 0,46 de glucose.

Guérison en 10 jours sans séquelles.

**Observation N° 18.** — Nabiha A..., 5 ans 1/2. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 29-2-56 pour syndrome méningé depuis 4 jours.

A l'examen : température à 39°, raideur de la nuque, signe de Kernig, tête rejetée en arrière, état subcomateux, réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Streptomycine : 1 g; Tifomycine : 1 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Strpetomycine : 25 mg 2 fois par jour durant 4 jour.

Evolution : l'enfant reste subcomateux durant 3 jours.

Ponction lombaire : le 7-3-56 : liquide limpide, 276 éléments, 0,87 d'albumine, 0,52 de glucose, tandis que l'état s'améliore mais le 12-3-56 : liquide purulent contenant des méningocoques. Donc, rechute au bout de 12 jours. On décide d'adjoindre au traitement par voie générale qui n'avait pas été interrompu 100 mg de Cortisone par jour durant une dizaine de jours;

le 17-3-56 : liquide eau de riz, leucocytes incomptables, albumine 0,64 g; glucose : 0,39 g.

le 28-3-56 : liquide limpide : 274 éléments; 1,32 g d'albumine.

L'enfant est alors mis à l'Hydrocortisone intra-rachidienne 5 mg par jour durant 12 jours

Ponctions lombaires :

le 5-4-56 : 47 éléments; 0,45 g d'albumine; 0,30 g de glucose;

le 10-4-56 : 37 éléments; 0,28 g d'albumine; 0,68 g de glucose.

Guérison en 40 jours sans séquelles malgré une rechute.

**Observation N° 19.** — Raoudha bent M..., 5 ans. Méningite à Méningocoques.

Entre dans le service le 3 mars 1956 pour syndrome méningé et fièvre apparus le matin même.



30, Rue Singer PARIS (XVII<sup>e</sup>)

40 ans de résultats cliniques



Pour éviter les troubles dus aux  
Antibiotiques par voie buccale  
donner en même temps le Lactéol  
(Total minimum: 5 capsules ou 3 ampoules 3 fois par jour)

A l'examen : température à 38°; raideur de la nuque et signe de Kernig; réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide purulent, hypotendu, contenant des méningocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Streptomycine : 0,50 g; Tifomycine : 1 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour durant 2 jours.

Evolution : rapide amélioration clinique malgré des vomissements qui persistent 5 ou 6 jours.

Ponctions lombaires :

le 14-3-56 : liquide limpide : 24 éléments, 0,39 d'albumine, 0,63 de glucose;

le 23-3-56 : liquide limpide : 12 éléments, 0,80 d'albumine.

On adjoint alors au traitement 75 mg par jour de Cortisone durant 7 jours.

Ponctions lombaires :

le 27-3-56 : liquide limpide : 8,8 éléments, 0,41 d'albumine, 0,60 de glucose;

le 12-4-56 : 0,2 élément, 0,24 g d'albumine, 0,51 g de glucose.

Guérison en un mois sans séquelles.

**Observation N° 20.** — Hamida ben Y..., 8 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 15 mars 1956 pour céphalée, vomissements et fièvre depuis 4 jours.

A l'examen : température à 39°4; raideur de la nuque; signe de Kernig; attitude de la tête rejetée en arrière; herpès labial apparu le lendemain de l'entrée; réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide louche, présence de méningocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Streptomycine : 1 g; Tifomycine : 1 g 50

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg 2 fois par jour durant 3 jours.

Evolution : rapide amélioration clinique en 3 jours.

Ponctions lombaires :

le 19-3-56 : liquide limpide : 41 éléments; 0,31 g d'albumine;

le 29-3-56 : 9,6 éléments; 0,26 g d'albumine.

Guérison en 2 semaines sans séquelles.

**Observation N° 21.** — Lassâad ben M..., 5 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 18 mars 1956 pour céphalée, vomissements, fièvre et convulsion depuis 2 jours.

A l'examen : température à 39°4. Enfant dans le coma; pas de raideur de la nuque mais signe de Kernig et de Brudinsky. Réflexes tendineux diminués des deux côtés.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Streptomycine : 1 g; Tifomycine : 1 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg 2 fois par jour durant 2 jours.

Evolution : malgré le traitement, l'enfant reste plongé dans le coma et meurt le 20-3-56 sans avoir repris conscience.

Evolution mortelle en 48 heures d'une forme d'emblée sévère avec troubles de la conscience et convulsions.

**Observation N° 22.** — Hédia bent S..., 3 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 21-3-56 pour céphalée et vomissements depuis 3 jours.

A l'examen : état subcomateux; tête rejetée en arrière; raideur de la nuque; signe de Kernig; réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques; albumine : 3,10 g; glucose : 0.

*Traitement :*

1° Général : Cortisone : 50 mg par jour pendant 8 jours; Soludagénan : 1 ampoule par jour; Pénicilline 2 millions d'unités; Streptomycine : 0,50 g; Tifomycine : 0,50 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg 2 fois par jour durant 4 jours.

Evolution : l'enfant reste subcomateux durant 6 jours puis l'état général va en s'améliorant rapidement.

Ponctions lombaires :

le 28-3-56 : liquide moiré; 485 éléments; 0,60 g d'albumine;  
le 4-4-56 : liquide un peu moiré; 249 éléments; 0,54 g d'albumine;  
le 12-4-56 : liquide limpide; 36 éléments; 0,31 g d'albumine; 0,35 g de glucose.

Guérison en trois semaines sans séquelles.

**Observation N° 23.** — Joachim C..., 4 ans. Méningite à méningocoques.



Entre dans le service le 30 mars 1956 pour céphalée, vomissements et fièvre depuis la veille.

A l'examen : raideur de la nuque et signe de Kernig; réflexes tendineux normaux

Ponction lombaire : liquide légèrement louche contenant quelques méningocoques; albumine : 0,45 g; glucose : 0,37 g.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 1 million d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Tifomycine : 0,50 g; Streptomycine : 0,50 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg 2 fois par jour, durant 3 jours.

Evolution : amélioration rapide en 3 jours des signes cliniques.

Ponctions lombaires :

le 6-4-56 : liquide limpide; 73 éléments; 0,48 g d'albumine;

le 9-4-56 : liquide limpide; 12 éléments; 0,28 g d'albumine.

Guérison en 10 jours sans séquelles.

**Observation N° 24.** — Salaheddine ben A..., 11 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 31 mars 1956 pour céphalée, vomissements et fièvre depuis la veille.

A l'examen : raideur de la nuque et signe de Kernig très net; réflexes tendineux normaux.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Tifomycine : 1 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg. 2 fois par jour, durant 2 jours.

Evolution : amélioration rapide de l'état de l'enfant.

Ponctions lombaires :

le 9-4-56 : liquide limpide, 32 éléments; 0,27 g d'albumine.

le 17-4-56 : 3,2 éléments; 0,28 g d'albumine; 0,58 g de glucose.

Guérison en deux semaines sans séquelles.

**Observation N° 25.** — Ammar ben T..., 41 jours. Méningite à pneumocoques.

Entre dans le service le 1<sup>er</sup> avril 1956 pour convulsions et état subfébrile depuis la veille au soir.

**HYPERCHLORHYDRIE  
DYSPEPSIES NERVEUSES**

*Toutes  
gastralgies*

**KAOBROL**

**3 Formules**

SIMPLE = TABLETTES  
BELLADONÉ = POUDRE & TAB.  
BISMUTHÉ = POUDRE

Laboratoires Joseph LAROZE, 56, Rue de Paris, Charenton (Seine)

**HÉPATISME  
ARTHRITISME**

*Cure de  
décholestérolinisation*

**DECHOLESTROL**

1 PAQUET douze jours par mois  
matin et soir avant les repas  
dans un demi verre d'eau

A l'examen : température à 37°6, fontanelle un peu bombée; réflexes tendineux et force musculaire normaux.

Ponction lombaire : ne retire que quelques gouttes de liquide purulent venant très difficilement et contenant des pneumocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 1 millions d'unités par jour en intramusculaire et autant en perfusion intra-veineuse; Soludagénan : 1/2 ampoule; Tifomycine et Streptomycine.

2° Local : Pénicilline 10.000 unités; Streptomycine : 25 mg.

Evolution rapidement mortelle en 36 heures.

**Observation N° 26.** — Hédi ben A..., 14 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 1<sup>er</sup> avril 1956 pour céphalée et fièvre de puis 2 jours.

A l'examen : température à 38°8; raideur de la nuque et signe de Kernig très net; réflexes tendineux et force musculaire normaux.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Tifomycine : 150 g; Streptomycine : 1 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour durant 3 jours.

Evolution : amélioration rapide en 3 jours des signes cliniques.

Ponctions lombaires : le 9-4-56 : liquide limpide, 43 éléments, 0,33 g d'albumine;

le 17-4-56 : liquide limpide, 114 éléments, 0,36 g d'albumine, 0,47 g de glucose;

le 26-4-56 : 49 éléments, 0,36 g d'albumine, 0,40 g de glucose.

Guérison en quatre semaines sans séquelles.

**Observation N° 27.** — Mabrouka Bent M..., 4 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 1<sup>er</sup> avril 1956 pour syndrome méningé et fièvre depuis 3 jours.

A l'examen : enfant dans le coma, température à 39° raideur de la nuque et signes de Kernig très nets.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques.



*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Tifomycine : 1 g; Streptomycine : 1 g et Cortisone : 75 mg par jour à partir du 2<sup>e</sup> jour.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités, 1 fois par jour; Streptomycine : 25 mg, 2 fois par jour, durant 3 jours.

Evolution : l'enfant reste dans le coma les jours suivants et meurt le 3<sup>e</sup> jour malgré un traitement à la Cortisone institué 24 heures avant la mort.

**Observation N° 28.** — Azzedine Ben K..., 5 ans. Méningite à méningocoques.

Entre dans le service le 5 avril 1956 pour céphalée, vomissements et fièvre depuis 3 jours.

A l'examen : enfant à l'état général très grave, à la fois subcomateux et très agité. Raideur de la nuque et signes de Kernig nets.

Ponction lombaire : liquide purulent contenant des méningocoques.

*Traitement :*

1° Général : Pénicilline : 2 millions d'unités par jour; Soludagénan : 1 ampoule; Streptomycine : 1 g; Tifomycine : 1 g.

2° Local : Pénicilline : 10.000 unités; Streptomycine : 25 mg.

Evolution : mortelle en moins de 12 heures.

**II. — RESULTATS**

Ils sont les suivants :

20 guérisons,

8 décès,

soit un taux de mortalité de 28 %.

**1° Les Guérisons**

Les malades ont reçu le traitement classique à base de Pénicilline et sulfamide dans les méningites à méningocoques ou à pneumocoques et sulfamide chloramphénicol dans les méningites à bacilles de Pfeiffer.

De plus, dans la pratique hospitalière, nous pensons prudent d'injecter à tous les malades, de la Pénicilline et de la Streptomycine par voie rachidienne pendant 2 à 3 jours.

En général, l'amélioration est nette dans les 3 jours, tant sur le plan clinique que sur le plan biologique.

Après avoir mis à la disposition  
du Corps Médical

**l'Adiazine à la Pénicilline**  
première association sulfamide-  
antibiotique

**THÉRAPLIX**

présente, pour la remplacer,  
une nouvelle synergie anti-bactérienne plus moderne

# Oracilline-trisulfazine

qui associe

les 3 diazines  
(polysulfamide classique)

à

**la Pénicilline V acide,  
active par voie orale  
(ORACILLINE)**

stable dans les acides, donc dans l'estomac,  
absorbée intégralement par le duodénum  
encore plus active que la pénicilline  
parentérale sur le staphylocoque

Boîte de 12 comprimés - Tableau C

**THÉRAPLIX**

98, rue de Sèvres, Paris-VII<sup>e</sup>

Agences Théraplix pour l'Afrique du Nord  
TUNIS : 56, Avenue Jean Jaurès  
CASABLANCA : 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet

Les guérisons ont toujours été totales, sans séquelles motrices, ni sensorielles, ni psychiques.

La Cortisone a été utilisée chez 8 malades (Obs. 2, 3, 10, 13, 18, 19, 22 et 27) en raison, soit de la gravité de l'état toxi-infectieux, soit du taux élevé de l'albuminorachie.

On peut considérer le résultat comme remarquable puisqu'un seul de ces 8 malades est mort (Obs. 27), enfant de 4 ans, malade depuis 3 jours, entré dans le coma profond, atteint de méningite à méningocoques.

Par ailleurs, l'action sur l'albuminorachie est, comme nous l'avons dit dans une précédente publication sur les méningites tuberculeuses, spectaculaire.

## 2° Les Décès

a) Ce sont d'une part, les deux méningites à **cocco-bacilles de Pfeiffer**. On sait la gravité habituelle de ces méningites, particulièrement chez des nourrissons de 4 et 10 mois.

Le premier (Obs. 8) présentait à l'entrée une méningite ventriculaire avec une quantité considérable de germes à l'examen direct. Il est mort en 48 heures.

Le second (Obs. 7), malade depuis 3 jours, a été traité pendant 4 jours et a été repris par la famille. Nous le considérons comme étant décédé.

b) D'autre part, une méningite à **pneumocoques** chez un enfant de 41 jours, atteint de pyocéphalie à l'entrée et décédé après 36 heures (Obs. 25).

c) Enfin, cinq **méningites à méningocoques**. Le nourrisson de 7 mois (Obs. 5) n'a pratiquement pas été traité puisqu'il a été repris par les parents après quelques heures. Sa méningite évoluait depuis 6 jours.

Les autres (Obs. 4, 21, 27 et 28) étaient dans le coma à l'entrée et sont morts respectivement en 72, en 48, en 72, en 12 heures.

Ainsi la rapidité de l'évolution vers la mort met en évidence le caractère suraigu de certaines de ces formes.

Dans les Obs. 7 et 8, la pyocéphalie à bacilles de Pfeiffer et à pneumocoques prouve une évolution de plusieurs jours sans traitement.

Il en est de même pour les malades admis en état de coma.

Ainsi, bien que les sulfamides, les antibiotiques et la corticothérapie aient totalement modifié le pronostic des méningites supprimées quel qu'en soit le germe et quel que soit l'âge des malades, notre taux de mortalité reste élevé parce que le traitement est souvent appliqué tardivement.



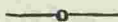
Un grand nombre de malades nous parvient après plusieurs jours d'évolution ainsi qu'en témoignent les signes importants de souffrance méningo-encéphalique : convulsions (Obs. 2, 5, 8, 10, 21 et 25), coma ou subcoma (Obs. 4, 18, 21, 22, 27 et 28), et la dénutrition sévère chez les tout petits.

Un tel retard est dû au manque d'éducation sanitaire des populations plus qu'au dénuement matériel.

La rareté relative des méningites suppurées fait que le praticien n'observe souvent pas personnellement de cas pendant plusieurs années.

C'est pourquoi il nous a paru utile d'alerter la vigilance à l'égard d'une affection qui, particulièrement chez le nourrisson, peut être difficile à reconnaître précocément. Ayant pris conscience du danger, il sera plus persuasif auprès des familles toujours réticentes à accepter l'exploration indispensable, la ponction lombaire ou ventriculaire.

La relation de cette poussée épidémique de méningites suppurées nous aura donné l'occasion de souligner une fois de plus les méfaits de l'insuffisance de l'éducation sanitaire, la précarité de la situation économique et sociale, l'insuffisance des moyens en matière d'assistance publique.



INNOVATIONS  
**innothéra**  
 THÉRAPEUTIQUES

**SYMPATHYL**  
 RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VEGÉTATIF

3 à 8 comprimés  
 par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - TUNIS



**Nouvelle forme**  
**Dragées**

**sans goût, sans odeur**

# SULFARLEM-CHOLINE

CHOLÉRÉTIQUE LIPOTROPE

**S O U F R É**

MÉDICATION TOTALE  
ASSIMILABLE  
DE LA CELLULE HÉPATIQUE

2 à 4 dragées avant chaque repas

FORMULE : Trithioparaméthoxyphénylpropène 0,005 g  
Bitartrate de choline ..... 0,30 g  
pour une dragée.

Boîte de 60

**LATÉMA**

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE, PARIS 8<sup>e</sup>

REPRÉSENTANTS AUX COLONIES

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, rue Ampère,  
ALGER

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française,  
8, passage du 7-Mai, TUNIS

MAROC : P. PELISSARD, 18, rue Dumont-  
d'Urville, CASABLANCA

INDOCHINE : Comptoir Pharmaceutique d'Ex-  
trême-Orient, 24, Bd Charner, SAIGON

MADAGASCAR : Office Pharmaceutique Malgache, Behoririka, TANANARIVE

## Processus de destruction vertébrale par anévrisme aortique

D<sup>r</sup> LAURENTI

—O—

(Séance du 25-5-56).

En vous présentant cette observation, je ne veux guère faire autre chose que vous montrer les curieux clichés d'un cas d'érosion et de destruction vertébrale par un anévrisme aortique.

Je serai très bref sur l'histoire clinique de ce malade, qui ne présente rien de très original.

Elle débute en mai 1949.

A cette époque un examen radioscopique systématique révèle chez ce patient, employé civil de l'armée, âgé de 47 ans et en bonne santé apparente, un élargissement important du médiastin supérieur vers la gauche, de nature aortique probable. A la suite de cette constatation, il est adressé en consultation au Val de Grâce pour examens complémentaires.

Les clichés pratiqués à cette époque, et dont je ne peux vous montrer que ces deux exemplaires un peu vieillis, montrent une silhouette cardiaque de forme et de dimensions pratiquement normales qui contraste avec une aorte déroulée, élargie, puisqu'au niveau de la portion horizontale de la crosse de diamètre aortique atteint 35 mm et fortement densifiée, la densité étant encore augmentée par l'existence de calcifications pariétales qui dessinent parfaitement les contours aortiques.

De plus, à la hauteur de la bifurcation trachéale, cette aorte déjà dilatée présente une ectasie sphérique de 5 cms de diamètre un peu excentrée en arrière et à droite par rapport à l'axe de l'aorte.

L'aspect un peu condensé des corps des 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> dorsales, leur discret affaissement, la légère saillie de leurs faces antérieures sont alors signalées, mais sans qu'on y ait semblé-t-il attaché une grande importance, ce qui se conçoit facilement.

Le malade est alors dirigé sur le Service de Cardiologie, et sur le Service de Dermato-Vénérologie, sa sérologie s'étant révélée très fortement positive — ce qui était resté jusqu'alors ignoré.

Je ne l'ai vu personnellement que 2 ans et demi plus tard, le 31 octobre 1951. Entre-temps il a été traité sans interruption, sans que le traitement intensif pratiqué dans le service spécialisé, sur les modalités duquel je n'ai pas de renseignements précis, aient réussi à né-



# CALCIVITAM

**CALCIUM ASSIMILABLE**

par son association

**CHLORURE de CALCIUM + VITAMINES**  
en ampoules buvables de goût agréable

Remboursé par la S.S.

**RÉCALCIFIANT**

**HÉMOSTATIQUE**

**ANTI-HÉMORRAGIQUE**



**LABORATOIRE  
FREYSSINGE**  
6, rue Abel - PARIS-12<sup>e</sup>

**BOITE DE 10 — COFFRET DE 20 AMPOULES**

gativer une sérologie désespérément positive Il a, d'autre part, été suivi régulièrement par le consultant de Cardiologie.

Il nous est alors adressé, pour contrôler l'état de son aorte, par le vénérologue, qui nous signale en outre que le malade se plaint depuis quelque temps de dorsalgies, que les douleurs thoraciques primitivement unilatérales se sont étalées en ceinture, mais qu'il n'existe pas d'anomalies neurologiques. Il existe un point douloureux électif au niveau de D7 ou D8, coïncidant avec une légère gibbosité qui paraît bien être d'apparition récente.

Les clichés cardiaques, que je ne peux vous présenter ici, montrent que les lésions aortiques ont légèrement progressé.

Le rebord de l'aorte descendante est un peu plus marqué — le diamètre de l'aorte et de l'ectasie sphérique ont un peu augmenté. Le ventricule gauche s'est un peu dilaté.

Mais surtout, l'existence de lésions vertébrales est maintenant évidente, et des clichés du rachis dorsal sont pratiqués; c'est ceux que vous voyez ici.

Il existe d'une part :

Un effondrement en galette du corps de la 7<sup>e</sup> vertèbre dorsale, à majoration antérieure très marquée, qui est parfaitement visible sur le cliché de profil et qui explique la gibbosité.

Et d'autre part :

Une vaste excavation en demi-sphère, de 3 cms de rayon environ creusée dans la face latérale gauche des corps vertébraux intéressant essentiellement D7 et D8, mais aussi les angles adjacents de D6 et D9.

Le fond de cette excavation dépasse largement la ligne médiane et se trouve à peu près à mi-distance entre le plan sagittal médian et la face latérale droite des corps vertébraux. Si on conçoit que dans ces conditions, le corps de D7 ait cédé, on comprend moins bien que D8 ait conservé sa hauteur chez cet ouvrier dont l'activité professionnelle n'avait pas encore diminué.

Le processus de destruction osseuse est en partie compensé par un processus de construction de type ostéophytique un peu particulier latéral et antéro-latéral droit qui élargit du côté libre les vertèbres les plus atteintes.

Les tomographies sont encore plus démonstratives que les clichés standards.

Des coupes frontales, je ne vous montrerai que la plus caractéristique à 9 cms du plan d'appui dorsal. Si les sillages des arcs postérieurs sont un peu gênants, la taille et l'étendue de l'excavation creusée en pleins corps vertébraux sont cependant bien mises en évidence

— ainsi que le processus de construction sur la face latérale droite du rachis.

Les coupes sagittales sont plus parlantes encore. A 3 cms à gauche de la ligne médiane se voit la coupe de l'aorte descendante un peu dilatée, et de son ectasie sphérique, dont les contours sont soulignés par les calcifications pariétales. (Fig. 1).

Dans le plan sagittal médian, toute structure osseuse des corps des 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> vertèbres dorsales, a complètement disparu.

Il n'existe dans ce plan pratiquement aucun reliquat de ces corps vertébraux, en dehors de quelques débris postérieurs et d'un mince arc ostéophytique antérieur qui réunit en pont les faces antérieures de D3 et D9 dont on devine les érosions partielles. (Fig. 2).

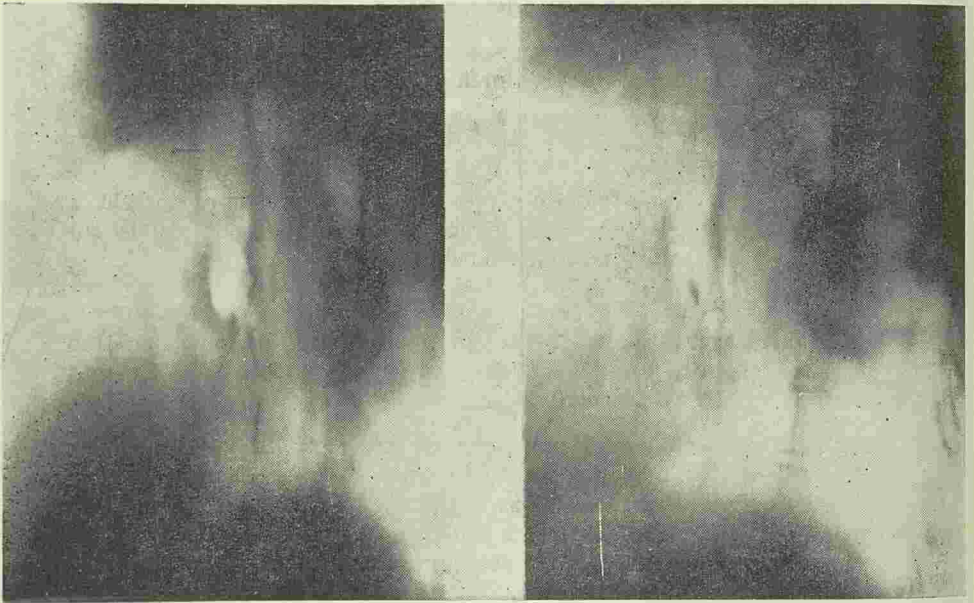


FIG. 1

FIG. 2

A 1 cm à droite commencent à réapparaître quelques ombres vertébrales de D7 et D8, tandis que le pont antérieur prend toute son importance.

Devant l'importance des destructions osseuses et la rapidité de leur progression, une solution chirurgicale s'imposait et nous avons adressé ce sujet au Service de Chirurgie Orthopédique. Il est inutile de spécifier que nos confrères vénérologue et cardiologue nous ont apporté tout leur appui.



Mais nous nous sommes heurtés de la part de ce sujet assez fruste, et qui déjà n'avait accepté le traitement spécifique qu'avec la plus grande réticence et, en fait, contraint et forcé, car ce traitement ne correspondait à ses yeux à aucune nécessité puisqu'il était assez fier de n'avoir « jamais été malade » à un refus formel, nos descriptions les plus sombres n'ayant pas trouvé chez lui la moindre créance. Nous ne désespérions pas toutefois d'obtenir son consentement quand nous avons appris quelques mois plus tard sa mort brutale sans avoir pu obtenir de précisions sur la cause et les circonstances de sa fin.

Les clichés m'ont paru être assez inhabituels pour vous intéresser, car il n'est pas fréquent de voir de telles destructions vertébrales par anévrisme aortique, en dehors du cas publié par SCHAFFNER et BONTE et qu'on retrouve dans tous les traités classiques.

En terminant, il est un problème que je voudrais poser, car il ne me paraît pas bien résolu, c'est celui du mécanisme de ce processus de destruction osseuse au contact d'une dilatation vasculaire.

Le processus essentiel paraît bien être, dans des cas semblables, un processus d'usure mécanique puisqu'on y voit la perte de substance osseuse y dessiner très exactement le moule de la dilatation anévrysmale.

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

8 gammas  
Vitamine B<sub>12</sub>

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'A.O.F.

REUNION DU LUNDI 2 JUILLET 1956

### *Présentation de malade :*

**Torsion d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire chez une fillette impubère, par H. BEZES et R. ZINSOU.**

Chez une fillette ouolof de onze ans, opérée pour un syndrome abdominal aigu, l'intervention découvre un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire droit, tordu de deux tours de spire sur le pédicule tubaire (dimension de deux poings d'adulte — 16 cm x 11 cm). Castration droite. Guérison. Cheveux, ébauche de dent, importante pièce osseuse, à l'intérieur du kyste. Présentation de radiographies de la pièce opératoire en entier, et du bloc osseux inclus à son intérieur, à l'état isolé.

### *Communications :*

**Aspects médico-sociaux de la tuberculose pulmonaire à Dakar d'après une enquête sur 500 malades, par M. HECKENROTH et M<sup>me</sup> A. PELLETRET-ISSARTE.**

Les Auteurs se sont livrés à une enquête médico-sociale sur un échantillon de 500 malades adultes africains en traitement au Centre de Phtisiologie de Dakar. Ils ont étudié les conditions sociales des malades et en particulier l'âge, le sexe, la race, la religion, l'état-civil, l'entourage et la vie professionnelle. Ils apportent des résultats inédits et utiles pour la connaissance de l'endémie, l'amélioration de la lutte antituberculeuse et la réadaptation des tuberculeux en voie de guérison.

**Résultats donnés par l'amylasémie dans les états de malnutrition, par J. SÉNÉCAL, G. PILLE, J. VUYLSTEKS, H. DUPIN, M<sup>me</sup> L. AUBRY.**

Dans les kwashiorkors francs on constate un abaissement constant de l'amylase et une remontée rapide sous l'influence du régime hyperprotidique.

Dans les kwashiorkors frustes : abaissement inconstant.

Dans les dénutritions : chiffres de départ très variables, mais forte élévation lors de la reprise de poids.

**Association chirurgie et radiothérapie dans le traitement des tumeurs du massif facial, par L. ARLON, R. LASCÈVE.**

**Ictère nucléaire par antigène Rhésus à révélation immunologique tardive, par J. LINHARD, R. MAZAUD.**

Ictère nucléaire classique par immunisation Rh. Maturation tardive de l'antigène D donnant initialement les réactions d'un antigène Du.

*Projection de films :*

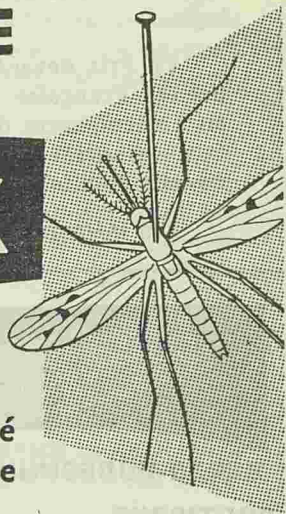
« **L'état neurotoxique du nourrisson ou toxicose** », présenté par les Laboratoires SPECIA (Film en couleurs — Durée : 25 minutes) — R. MARQUEZY.

« **La pollicisation de l'annulaire** », présenté par M. le Prof. LÉTAC de Dakar (Film 16 mm — Durée 15 minutes).

Ce film décrit les différents procédés employés en insistant surtout sur les méthodes dérivées de celle de GUERMONPREZ, par utilisation d'éléments de la main blessée. Le procédé personnel de l'auteur (pollicisation de l'annulaire par tunnellation palmaire) « mérite, dit ISELIN (Chirurgie de la main, livre du chirurgien, Masson & C<sup>o</sup> Editeurs), d'être considérée actuellement comme le procédé de choix, mais bien entendu, dans les cas où on a le choix ».

## PALUDISME

# QUINIMAX



*Plus maniable, plus actif et mieux toléré  
que les sels ordinaires de quinine*

4 FORMES : COMPRIMÉS, AMPOULES, SUPPOSITOIRES, GRANULÉS

Sté d'expl. des **LABORATOIRES DEROL**



Serv. des Relations Médicales : 66<sup>ter</sup>, rue Saint-Didier, PARIS-16<sup>e</sup>

SPECIMEDHY : 37 Rue d'Isly — TUNIS — (Tunisie)

PHARMEDY : 13 Rue J.-J. Rousseau — ALGER — (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)



## PRIX CHIBRET 1957

— 0 —

(Neuvième Année)

Ce prix de 200.000 francs, fondé en mémoire du Docteur Paul CHIBRET, est décerné chaque année à l'auteur d'un mémoire ou d'une thèse intéressant l'Ophtalmologie.

Les candidats doivent être, soit un étudiant inscrit à une Faculté de Médecine de langue française, soit un Docteur en Médecine ayant soutenu sa thèse depuis moins de trois ans, également devant une Faculté de langue française.

Les mémoires soumis au Jury doivent être rédigés en français et imprimés ou dactylographiés. Ils doivent être, soit inédits, soit publiés dans le cours des deux années précédentes. Les thèses sont acceptées. Les candidats déjà Docteurs en Médecine devront donc avoir passé leur thèse après le 1<sup>er</sup> février 1954 et les mémoires non inédits devront avoir été publiés depuis le 1<sup>er</sup> février 1955.

Le bénéficiaire de ce Prix sera désigné par un Jury constitué par le Comité et le Secrétaire Général de la Société Française d'Ophtalmologie.

Ce Prix devant être décerné au moment du Congrès annuel de la Société Française d'Ophtalmologie, en mai 1957, les mémoires établis en 5 exemplaires devront parvenir, avant le 1<sup>er</sup> février 1957, au Secrétaire Général de la Société Française d'Ophtalmologie, Prof. Guy OFFRET, Hôpital Cochin, Pavillon Sicard, 27, Fg Saint-Jacques, Paris-14<sup>e</sup>.

Les mémoires ne seront pas rendus.



**GOUTTES O.R.L. CHIBRET**

*Respectent l'activité cellulaire et la fonction sécrétorie*

LABORATOIRES  
**CHIBRET**  
CLERMONT-FE- PARIS

**TUNISIE : Ets ZANA & COHEN-JONATHAN**

24, Avenue de Lyon — TUNIS

**MEDAILLE D'OR CHIBRET 1957**

(Cinquième Année)

**Réservée aux Travaux concernant la Pathologie et Thérapeutique du****T R A C H O M E**

—o—

La Médaille d'Or CHIBRET, d'une valeur de 200.000 francs, sera décernée pour la cinquième fois au cours de l'Assemblée Générale qui aura lieu en 1957, pendant le Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie. Le prix est indivisible.

**Jury.** — Le Jury sera composé du Président de la Ligue contre le Trachome (M. P. BAILLIART), du Président de l'I.O.A.T. (Prof. G. B. BIETTI), des Vice-Présidents, du Secrétaire Général, du Secrétaire pour l'Union Française, du Trésorier de la Ligue, ainsi que deux membres du Conseil d'Administration tirés au sort.

**Objet.** — Le concours est ouvert aux trachomatologues de tous les pays. Les travaux admis à concourir peuvent être des ordres suivants de la trachomatologie : clinique, social, de prévention, de thérapeutique médicale et chirurgicale.

**Présentation des travaux.** — Les travaux doivent être obligatoirement rédigés en français, avoir un maximum de 30 pages dactylographiées (1.500 caractères à la page), être remis en 3 exemplaires et être accompagnés d'un résumé de 2 pages en français et, autant que possible, en anglais, italien et espagnol.

Le mémoire primé paraîtra in extenso dans la « Revue Internationale du Trachome ». Les résumés des autres mémoires présentés paraîtront également dans les diverses langues retenues par la « Revue Internationale du Trachome ».

Les travaux devront obligatoirement parvenir avant la date limite du 1<sup>er</sup> janvier 1957, au Secrétaire Général de la Ligue : Dr Jean SEDAN, 94, rue Sylvabelle, Marseille, Tél. Dr 37-55.

—o—

≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Éts NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090



## INFORMATIONS

### Tricentenaire de la mort d'HARVEY (1957)

A cette occasion, un Congrès international traitant de la circulation du sang se tiendra à Londres, du 3 au 7 juin 1957 au « Royal College of Surgeons » organisé par « The Harveian Society of London ».

S'adresser pour renseignements et inscriptions, au secrétaire Dr GERAINT James, 11 Chandos Street - Cavendish Square, London W. 1.



### Cours pour visiteurs médicaux

Le Centre de Préparation Technique des Visiteurs Médicaux qui fonctionne sous l'égide de la Chambre Nationale Syndicale des Fabricants de Produits Pharmaceutiques, reprendra ses cours le **lundi 26 novembre 1956**.

Pour tous renseignements, écrire à la Secrétaire du C.P.T.V.M. Mme A. M. GELIN, 1, Villa de la Terrasse, Paris-17<sup>e</sup>.



### PETITES ANNONCES :

— Cabinet médical à céder dans la Creuse.  
S'adresser au Journal.

— Vaste local, bien conditionné, pouvant convenir médecin ou dentiste, libre de suite : 85, rue du Portugal (1<sup>er</sup> étage).

Emplacement idéal, face rue de Belgique, au-dessus Pharmacie Casanova Frères et Bar Marius. Proximité gare de Tunis, T.A.T., etc...

Centre, gros poste rural, (Méd. Gén. accouch.) à céder immédiatement. Corresp/dt 1/2 an. Maison 8 pièces, eau, confort, jardin, garage, proximité ville enseignement secondaire. Achat du bail assuré. Ecrire revue qui transmettra.

PRODUIT NOUVEAU  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

# **LEVURE lyophilisée GALLIER**

(Licence Sarebio)

**ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES**

**TROUBLES DIGESTIFS**

**TROUBLES NUTRITIONNELS**

**STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS**

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS

SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

# VALENAL

à 0,005 de phénobarbital

SÉDATIF NERVEUX

LABORATOIRES

NOVALIS OULLINS (RHONE)

# VALENAL FORT

à 0,02 de phénobarbital

SÉDATIF NERVEUX

Synergie médicamenteuse d'extraits végétaux  
associés au phénobarbital  
**DÉSÉQUILIBRE SYMPATHIQUE ETATS NERVEUX**

## LIVRES REÇUS

### Maladies vénériennes — Etude de législation sanitaire comparée. —

Tirage à part du N° 2 du volume 7 du « Recueil International de Législation Sanitaire ». Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 46 pages. Prix : Fr. s. 2.-, 3/6, \$ 0.70. Publié en français et en anglais.

Les législations antivénériennes, surtout depuis la fin de la première guerre mondiale, soulèvent un intérêt constant. Il est certain qu'elles jouent un rôle, conjointement avec les progrès de la thérapeutique et divers facteurs d'ordre économique et social, dans la régression, observée dans plus d'un pays, des maladies vénériennes. L'étude accomplie par l'OMS analyse la législation antivénérienne d'une quarantaine de pays.

Selon une attitude qui prévaut actuellement, les maladies vénériennes devraient être traitées de la même manière que les autres maladies transmissibles. Le législateur désireux de mettre ce principe en application se heurte toutefois au sentiment de flétrissure morale éprouvé par le malade, qui a, dès lors, tendance à se réfugier dans la clandestinité et aux réticences qu'éprouvent de nombreux médecins à collaborer avec les autorités sanitaires. Celles-ci, en revanche, ont tendance à s'appuyer sur un appareil législatif efficace qui leur permette de mener aussi rapidement que possible les enquêtes épidémiologiques indispensables pour découvrir les sources d'infection.

Les textes étudiés traduisent ces tendances et les réticences qu'elles rencontrent. Certains d'entre eux datent encore du siècle dernier; la plupart des lois en vigueur ont toutefois été promulguées ou révisées à la suite d'une guerre ou d'une occupation étrangère, c'est-à-dire lorsque des conditions de vie anormales ont provoqué une recrudescence des maladies vénériennes. Tandis que certaines de ces lois forment un ensemble de dispositions très complet, une véritable machine de guerre contre les maladies vénériennes, d'autres sont animées d'un esprit libéral, faisant essentiellement appel à la bonne volonté du malade. On remarquera enfin que, dans plusieurs pays, des textes ont d'abord été promulgués en vue de réprimer la prostitution, la législation proprement antivénérienne n'apparaissant que plus tard.

Les différentes parties de l'étude sont groupées sous les rubriques suivantes : législations antivénériennes, maladies visées par la législation, déclaration des maladies vénériennes, examens imposés par la législation, traitement et hospitalisation, devoirs des médecins, délit de contamination, publicité et charlatanisme, occupations professionnelles interdites aux malades contagieux, protection de l'enfance, organisation de la lutte antivénérienne, conclusions.



**Comité d'Experts pour la Standardisation Biologique.** Neuvième Rapport. Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, 1956, N° 108; 20 pages. Prix : Fr. s. 1.--, 1/9 ou \$ 0,30. Existe également en anglais et en espagnol.

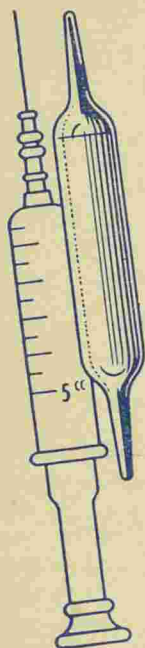
Le neuvième rapport du Comité d'Experts pour la Standardisation Biologique signale l'établissement d'étalons internationaux pour : 1° l'anatoxine diphtérique adsorbée; 2° le sérum antirabique; 3° l'oxytétracycline; 4° la polymyxine B; 5° l'hormone adrénocorticotrope (deuxième étalon); 6° l'hormone de croissance, et 7° l'hyaluronidase, et la fixation de la valeur de l'unité internationale pour chacun de ces étalons ainsi que pour les préparations étalons (ou de référence) de l'anatoxine diphtérique simple, du sérum anti-rouget du porc N, de la thyrotrophine et du sulfate de dextrane.

Les stocks d'étalons internationaux de progestérone et de tubocurarine sont très faibles, mais ils ne seront pas renouvelés, ces deux substances pouvant être suffisamment caractérisées actuellement par des méthodes physiques et chimiques. Toutefois le Comité d'Experts de la Pharmacopée Internationale sera prié d'ajouter des échantillons de ces substances à la collection de substances chimiques de référence établie par l'OMS à Stockholm.

Au nombre des autres substances examinées dans ce rapport figurent les sérums antivenimeux, les sérums pour la détermination des groupes sanguins, les sérums antigrippaux, le vaccin et les sérums anticoquelucheux, les vaccins et les sérums antipoliomyélitiques, les vaccins antityphoïdiques et le vaccin antiamaril.

La dernière partie du rapport traite brièvement de certaines questions générales se rapportant aux étalons internationaux, étalons nationaux et « normes minimums ». Il est souligné à ce propos que, si l'on continue à désirer dans de nombreux pays que l'OMS formule des recommandations sur des normes minimums auxquelles devraient satisfaire les substances thérapeutiques et prophylactiques, cette tâche ne rentre pas dans les attributions du Comité d'Experts pour la Standardisation Biologique. Il est précisé que les expressions d' « étalons biologiques » de « standardisation biologique » concernent « l'établissement et l'emploi de préparations étalons réelles de substances thérapeutiques et prophylactiques exigeant des essais biologiques, et non la rédaction de spécifications applicables à ces substances ». Toutefois, le Comité continuera à formuler des conseils sur l'emploi des étalons biologiques dans les essais comparatifs, et des informations seront fournies, aux personnes utilisant les étalons internationaux, au sujet des méthodes à appliquer pour préparer et étalonner les étalons nationaux. Le rapport signale enfin que de nombreuses techniques nécessaires pour l'emploi judicieux des étalons internationaux ont déjà été exposées dans des publications de l'OMS telles que la Pharmacopée internationale, le Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, la Série de Monographies et la Série de Rapports techniques.

AZOTÉMIE  
SCLÉROSE  
OLIGURIES



*Metabolisme  
de l'azote  
du cholestérol  
et de l'eau*

# CHOPHYTOL

## INJECTABLE



AMPOULES DE 5<sup>cc</sup>  
TOUTES VOIES  
DRAGÉES ET GOUTTES  
PER OS  
SUPPOSITOIRES  
SIMPLES et COMPOSÉS

Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES ROSA - II, RUE ROGER-BACON - PARIS



# BIPHÉDRINE

PENICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**



# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et  
BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| — Le Rédacteur en Chef .....  | D <sup>r</sup> M. UZAN                               | } Comité<br>de lecture |
| — Le Rédacteur en Chef Adjoint .....                                  | D <sup>r</sup> J. CUÉNANT                            |                        |
| — Le Président de la Société des Sciences Médicales .....             | D <sup>r</sup> R. LADJIMI                            |                        |
| — Messieurs les .....   | D <sup>r</sup> H. BONAN<br>D <sup>r</sup> M. HADJOUJ |                        |
| — Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....            | D <sup>r</sup> G. BORSONI                            |                        |
| — Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre ..... | D <sup>r</sup> G. VALENSI                            |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien .....        | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES                         |                        |
| — Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens .....     | D <sup>r</sup> S. AMAR                               |                        |

Administration : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS  
Téléphone : 247.255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.

un nouveau champ d'action de la chimiothérapie:

# le diabète

# DOLIPOL D-860

N. (sulfonyl-p-methyl benzene) - N' - u - butylurée

antidiabétique  
actif  
par voie orale

documentation  
médicale  
sur demande

*comprimés à 0,50 g*

REMBOURSÉ S. S.

PARVILLE

LES LABORATOIRES DIAMANT  
SOMEDIA

63, boulevard Haussmann - PARIS 8<sup>e</sup> - Anj. 46-30



TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille - TUNIS.

## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> Partie)

---

<i>Compte-rendu sur la résistance, toxicité, synergie et antagonisme des antibiotiques</i> , par J. BENATT (Londres) . . . . .	799
<i>A propos d'un cas de drépanocytose</i> , par Edgard DIACONO et Georges DIACONO . . . . .	823
<i>Ostéopœcilie familiale</i> , par les D <sup>rs</sup> J. LAURENTI et H. TEMAM . . . .	831
<i>A propos d'un mégacholédoque lithiasique traité par anastomose cholédoco-jéjunale</i> , par les D <sup>rs</sup> SAÏD MESTIRI et Hacheimi AYARI . . . . .	839
<i>Traumatisme du crâne et amnésie</i> , par R. BENON (Saumur), Ex-Médecin du Quartier des Maladies Mentales de l'Hospice Général de Nantes . . . . .	845



*Antalgique Antithermique Antirhumatismal*

**ATODOL**  
VITAMINÉ **K** ET **PP**

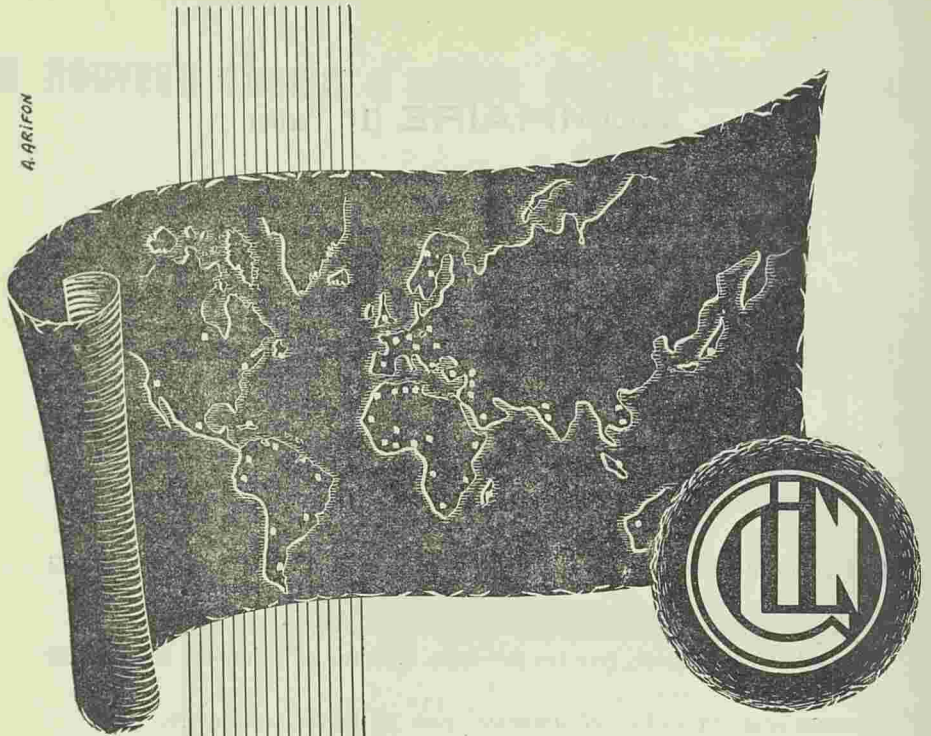
LABORATOIRES LOBICA  
25, RUE JASMIN PARIS

*La salicylotherapie bien tolérée*

TUNISIE — H. BONAN, 34, rue de Marseille — TUNIS



A. ARIFON



**PADERYL**

Sédatif nerveux, calmant de la toux  
Dragées - Sirop

Tubes de 20 - Flacons 90 cc.

**DETRAINE**

Pommade anesthésique antiprurigineuse

Tubes de 35 gr.

**CORALEPTINE**

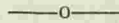
Analeptique cardio-respiratoire

Boîtes de 6 ampoules inject.

Flacons compte-gouttes 30 cc.

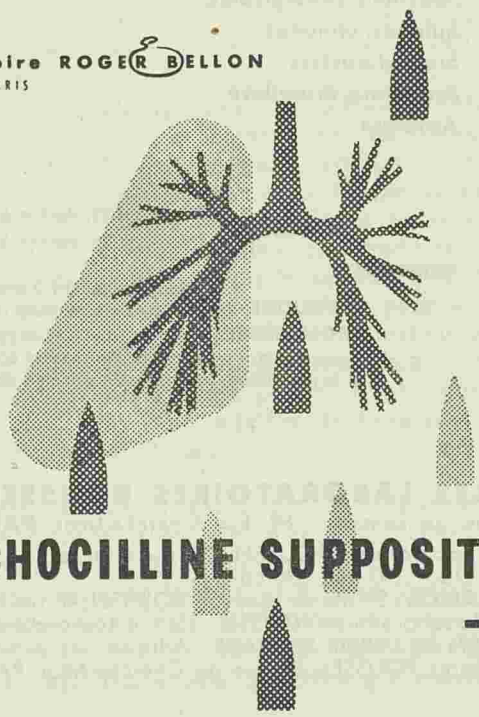
LABORATOIRES CLIN-COMAR, 20 RUE DES FOSSES-S'-JACQUES, PARIS V<sup>e</sup>, ODE. 28-30

## SOMMAIRE (2<sup>me</sup> partie)



<i>Réflexions sur la présentation des textes dans les publications médicales</i> , par Félix MASSELOT . . . . .	849
<i>Bulletin de l'Ordre</i> . . . . .	857
<i>Journées Scientifiques de Médecine Préventive et Sociale</i> . . . . .	859
<i>Congrès mondial des médecins pour l'étude des conditions actuelles de vie</i> . . . . .	892
<i>Association des médecins de langue française : XXXI<sup>e</sup> Congrès français de médecine</i> . . . . .	893
<i>Livres reçus</i> . . . . .	894

laboratoire **ROGER BELLON**  
NEUILLY - PARIS



## BRONCHOCILLINE SUPPOSITOIRES

100.000 U  
200.000 U

TUNISIE : Ets H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS



LE PLUS RÉCENT DES GRANDS ANTIBIOTIQUES

# Erythromycine Roussel

*Septicémies*  
*Infections pulmonaires*  
*Angines aiguës*  
*Infections chirurgicales,*  
*biliaires, urinaires*  
*Staphylococcies*  
*Scarlatine, Brucellose*  
*Amibiase*

## DRAGÉES

Flacon de 25, dosées à 200 mg  
Flacon de 25, dosées à 100 mg

## POUDRE AROMATISÉE

pour l'enfant  
et le nourrisson

Flacon contenant 2 grammes  
d'érythromycine base (sous forme  
d'éthyl carbonate) accompagné  
d'une cuiller-mesure correspondant  
à 0,05 g de principe actif.

## LES LABORATOIRES ROUSSEL

140<sup>bis</sup>, Rue de Rennes - 89, Rue Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)

**ALGER** : Laboratoires ROUSSEL, 28, rue Clauzel.

**TUNIS** : O.S.P., 10, rue Amilcar.

**CASABLANCA** : Sté Maroc des Lab ROUSSEL, 48, rue Nationale.

**SAIGON** : Laboratoires ROUSSEL, 26, rue Lagrandière.

**AUTRES PAYS DE L'UNION FRANÇAISE** : Adresser les demandes aux  
Laboratoires ROUSSEL, 89, rue du Cherche-Midi, **PARIS** (VI<sup>e</sup>)



## Compte-Rendu sur la résistance, toxicité, synergie et antagonisme des antibiotiques (\*)

par A. J. BENATT (Londres)

---

C'est l'opinion unanime de tous les experts que la pénicilline reste toujours la grande dame dans la société des antibiotiques. Elle est active contre la majeure partie des bactéries gram-positives, et contre quelques spirochètes, par exemple syphilis, fièvre récurrente et pardessus tout Yaws ou Framboisie ou Pian. Bien que je ne sois pas venu ici pour discuter des effets de la pénicilline, je veux néanmoins insister sur le fait qu'elle constitue la première arme contre n'importe quelle infection d'origine inconnue. Pourtant, nous ne nous arrêterons pas à l'histoire de ce jeune médecin qui, dans un esprit de simplification, déclarait que tout malade sur lequel n'agissait pas la troisième piqûre de pénicilline devait être remis entre les mains d'un psychiatre.

Pour expliquer la situation actuelle des antibiotiques, il convient d'abord de rappeler quelques faits relatifs à l'histoire de l'invention de la pénicilline : comme vous le savez, FLEMMING, en 1929, s'aperçut par hasard qu'une culture du staphylocoque était entravée par la contamination accidentelle d'un champignon. Il a bientôt constaté que le même effet était produit contre la majorité des micro-organismes gram-positifs, mais non contre les gram-négatifs sauf deux : le méningocoque et le gonocoque. Le champignon était identifié par la suite comme pénicillium notatum par le mycologue américain THOM et le filtrat fut donné au Professeur RAISTRICK, chimiste de grande réputation, à Londres. En 1932, RAISTRICK a déclaré que la substance était trop instable. Mais FLEMMING a recommandé l'usage du filtrat pour le traitement des plaies, particulièrement parce qu'il n'était pas toxique aux leucocytes, observation d'une importance essentielle. Cependant, à cette époque-là, il existait de nombreux antiseptiques généralement nocifs aux leucocytes, mais malgré cela, la recommandation de FLEMMING ne trouva pas d'écho. Là pourrait s'arrêter l'histoire de la pénicilline.

Dix ans après environ, l'observation de FLEMMING était tombée dans l'oubli. A ce moment là, en 1939, à Oxford, FLOREY et CHAIN commençaient à s'intéresser au problème de l'inhibition de croissance de certaines bactéries, fungus et levures, et à la recherche d'une substance chimique responsable de cette inhibition. Si mes souvenirs sont exacts, CHAIN a réussi à trouver, dans des ouvrages spécialisés, une trentaine de micro-organismes déjà identifiés qui empêchent la crois-

---

\* Conférence faite à l'Hôpital Charles Nicolle, dans le service du Dr BENMUSSA (Avril 1956)

sance des autres bactéries. L'attention de FLOREY et CHAIN a été particulièrement attirée par deux faits : d'abord de FLEMMING concernant l'action de pénicillium notatum sur le staphylocoque, contre lequel il n'y avait pas d'autre moyen de lutte, ensuite par l'échec du chimiste RAISTRICK dans la production d'une substance stable du filtrat, sept ou huit ans auparavant. Cette recherche à Oxford a bientôt abouti à l'extraction d'une substance qui tuait les micro-organismes déjà signalés par FLEMMING et en plus les clostridia. CHAIN et ses collaborateurs ont réussi, avec de grandes difficultés, à purifier la substance qui était bactéricide dans une dilution au 500.000°. Par dessus tout, elle était absolument non toxique. La streptomycine, par contre, doit être employée à un degré de concentration beaucoup plus élevé pour être bactéricide, car son action antibactérienne est 50 ou 100 fois plus faible que celle de la pénicilline.

La pénicilline possède encore une autre propriété remarquable : elle est pleinement active en présence du pus et des tissus nécrotiques. C'est un milieu dans lequel les sulfamides s'avèrent impuissants. En résumé, la pénicilline remplit les conditions idéales qui ne sont réalisées par aucun autre antibiotique.

C'était l'inhibition de la croissance du staphylocoque qui avait attiré l'attention de FLEMMING. C'était le staphylocoque qui avait suscité de l'intérêt chez CHAIN et FLOREY dix ans plus tard, et c'est encore le staphylocoque qui, au bout de 13 ans environ de traitement par la pénicilline, est devenu un centre d'intérêt actuel et aussi une source de préoccupation, parce qu'il réapparaît partout dans les services de chirurgie des hôpitaux du monde entier. On a craint qu'il ait acquis une résistance après des années de traitement prolongé, de même que précédemment le gonocoque avait acquis une résistance universelle aux sulfamides. C'est maintenant une certitude que la réapparition du staphylocoque n'est pas due à une résistance acquise, mais au fait qu'il existe deux staphylocoques dorés différents, l'un sensible et l'autre naturellement résistant à la pénicilline. CHAIN et ABRAHAM ont démontré que le deuxième produit la pénicillinase qui détruit la pénicilline. Actuellement, la souche sensible a presque disparu et c'est le staphylocoque résistant qui se manifeste et se développe partout. D'ailleurs, il est suffisamment établi, à l'heure actuelle, que la pénicilline ne provoque aucune résistance à n'importe quel germe sensible à cet antibiotique, sauf dans des conditions expérimentales exceptionnelles.

A la suite de cette révélation, la position de la pénicilline se trouve aujourd'hui plus forte que jamais, elle reste vraiment unique dans tous les domaines de la thérapeutique.

Par contre, la *streptomycine* apparaît nettement comme l'un des antibiotiques qui produisent le plus facilement des formes résistantes parmi les microbes sur lesquels elle agit. De plus, les antibiotiques à large spectre donnent naissance à la résistance sur certaines souches

# UN IMPLANT LIQUIDE:

50, 100 et 250 mgr. pour 1cc

- solution  
huileuse limpide
- concentration  
maxima
- retard maximum:  
3 à 5 semaines

## ANDROTARDYL POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

**REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE**

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS  
SERVICE SCIENTIFIQUE  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VII<sup>e</sup>  
TÉL. INV 74-19

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS



seulement, à savoir sur le *B. Coli* et le staphylocoque producteur de pénicillinase. Etant donné que ce dernier groupe présente un intérêt particulier et tout à fait actuel, je propose d'en discuter d'abord, si vous le voulez bien.

L'antibiotique dont le spectre est semblable à celui de la pénicilline est l'érythromycine (qui est produite pendant la croissance des streptomyces *Erythreus*). Elle offre l'avantage d'être active contre plusieurs bactéries gram-positives et négatives, de pouvoir être administrée par la bouche, et d'avoir des effets toxiques pratiquement négligeables. Pour cette raison et, du fait qu'elle s'est avérée sensible au staphylocoque producteur de pénicillinase, elle a été prescrite sur une large échelle, pour de nombreuses infections, dans le monde entier et surtout aux enfants. Et voilà que la nouvelle nous arrive que le Gouvernement de Nouvelle-Zélande vient d'interdire aux médecins la libre prescription de cet antibiotique, et d'en réserver la distribution à des sections spécialisées de certains hôpitaux. C'est la première fois, dans l'histoire des antibiotiques, qu'un Gouvernement prend des mesures tellement strictes, depuis que des enfants sont morts de septicémie et d'entérites staphylococciques, contre lesquelles tous les autres antibiotiques ont prouvé leur impuissance. Le staphylocoque producteur de pénicillinase est actuellement d'abord sensible à la streptomycine et à presque tous les antibiotiques à large spectre, mais peu après, la résistance à ceux-ci se développe assez rapidement, alors que, avec l'érythromycine, le staphylocoque continue à rester sensible plus longtemps. LEPPER et ses collaborateurs signalent que 75 % des staphylocoques du personnel infirmier d'un hôpital ont été trouvés résistants à l'érythromycine quatre mois seulement après l'introduction de ce médicament dans l'hôpital et, qu'après arrêt de l'érythromycine, le pourcentage de porteurs de germes résistants est tombé de 75 à 29 %. Si l'on prescrit l'érythromycine sans discrimination pour remplacer la pénicilline pour toutes les sortes d'infection, le staphylocoque producteur de pénicillinase devenu résistant à l'érythromycine doit obligatoirement se répandre rapidement, et la dernière arme contre lui est irrémédiablement perdue. Cette expansion est particulièrement évidente dans l'ambiance des hôpitaux saturés d'antibiotiques, où des chirurgiens commencent à s'inquiéter du retard dans la guérison des plaies et de l'échec des greffes.

Il semble y avoir une augmentation de la suppuration des oreilles, résistant aux antibiotiques, et une augmentation de l'infection des voies urinaires, tout cela étant dû à la propagation du staphylocoque résistant et à l'invasion des infections secondaires, comme les *pseudomonas*, *proteus* et autres semisaprophytes. Selon HOWE (1954), la fréquence de la septicémie staphylococcique dans les plaies propres post-opératoires dans Massachussets Memorial Hospital s'est élevée de 2 % en 1949 à plus de 7 % en 1953. (Selon BARBER et BURSTON, en Angleterre, 99 % des nourrissons d'une maternité, pendant une période de trois mois, ont été contaminés par le staphylocoque résistant qui provient

la plupart du temps de leurs infirmières. Mais bien que ceux-ci soient porteurs de germes dans le nez, ils n'ont pas pour cela subi de conséquences fâcheuses). La gravité de la situation est bien illustrée par les chiffres présentés par DOWLING : le staphylocoque résistant à la pénicilline était trouvé chez 51 % des malades à l'entrée de l'hôpital, 88 % à la sortie et 85 % parmi le personnel hospitalier. Pour la chloromycétine, les chiffres étaient : 41 % à l'entrée et 90 % à la sortie. (92 % du personnel hospitalier présentaient des staphylocoques résistant à la chloromycétine). Enfin, des renseignements instructifs nous arrivent de l'un des hôpitaux d'accident à Birmingham, réputé par les soins méticuleux qu'on y apporte pour éviter les « cross-infections ». On y a découvert que des brûlures avaient été infectées par la souche du staphylocoque producteur de pénicillinase qui provenait de malades n'ayant même pas reçu d'antibiotiques, alors que le streptocoque pyogène, quand il était trouvé dans ces brûlures, ne provenait pas d'une pareille source.

Il apparaît donc que la décision du Gouvernement de Nouvelle-Zélande est sage et le « Lancet », en approuvant une pareille mesure dans son récent éditorial, prédit que d'autres gouvernements imiteront bientôt son exemple. Etant donné qu'il est à peu près établi que c'est le staphylocoque producteur de pénicillinase et presque jamais le streptocoque qui est capable de développer de la résistance à tous les antibiotiques à large spectre, il ne serait pas surprenant que, d'ici peu, de semblables restrictions soient imposées à tous les antibiotiques à large spectre.

On est à présent amené à tirer la *conclusion suivante* : l'application de chaque antibiotique devrait être limitée à des indications spécifiques. Le chloramphénicol, par exemple, devrait rester l'antibiotique de choix pour les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et à l'occasion, pour la méningite provoquée par H. influenza. Mais, contre les porteurs de bacilles typhiques, elle est à peu près inutile. Si les rechutes se produisent, et elles se produisent en effet, on ne peut pas les expliquer par une résistance acquise par la souche; elles sont dues au fait que le médicament est surtout bactériostatique et non bactéricide, et, étant donné que l'immunité n'a pas eu le temps de se produire complètement, quelques-uns des bacilles survivants peuvent donner naissance à une nouvelle poussée de la maladie. Dans la méningite provoquée par H. influenza, le chloramphénicol devrait être appliqué à la place de la streptomycine. (On épargnerait ainsi aux malades les piqûres pénibles intrarachidiennes, mais le plus récent des antibiotiques, le polymyxin, devrait avoir une valeur encore plus grande).

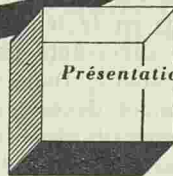
Les trois tétracyclines, auréomycine, terramycine, tétracyne, ont un spectre à peu près identique contre la flore gram-positive et négative. En présence d'une résistance naturelle ou acquise, il est presque inutile de les interchanger. Ils ont en effet une caractéristique : ils sont sensibles à la rickettsia de toutes les formes de typhus et de la

**anti-rhumatismal**

# cortalgone

*l*-ascorbo- $\alpha$ -phénylquinoléine- $\gamma$ -  
carboxylate de strontium.

**a**nti-algique  
**a**nti-inflammatoire  
**a**ntipyrétique  
**a**toxicque



**Présentation :** Boîte de 40 et 100 dragées  
(remboursées par la S. S.)

**Posologie :** 6 à 12 dragées par jour  
à intervalles réguliers entre les repas

laboratoires *Biosedra*

28, Rue Fortuny — Paris 17<sup>e</sup>

Tél. : Carnot 20.22 et 23

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS



fièvre Q. et aux virus de la lymphogranulomatose vénérienne, psytacose et trachome, mais ils ne permettent absolument aucune application dans la lutte contre les virus de l'influenza ou des rhumes ordinaires. L'une des propriétés de ces antibiotiques est qu'ils sont capables d'attaquer la rickettsia ou les virus à l'intérieur de la cellule sans endommager celle-ci et pour cette raison ils sont aussi actifs sur la brucellose et la leptospirose.

Comme je l'ai indiqué auparavant, l'antibiotique qui possède la fâcheuse réputation de provoquer rapidement la résistance à la majorité des souches sensibles à son action, est la streptomycine. Encore tout récemment elle était l'antibiotique de choix pour les organismes gram-négatifs. Elle est éminemment bactéricide mais, dans les concentrations plus faibles elle est seulement bactériostatique. C'est le médicament indispensable contre la pasteurelle tularémie et la pasteurelle pestis, mais celles-ci n'existent presque pas dans ce pays. La streptomycine est active dans la brucellose et dans les infections urinaires, la pneumonie de Friedlander et quelques infections intestinales, mais la résistance de toutes ces souches se développe rapidement avec l'inconvénient supplémentaire de produire la résistance contre le staphylocoque producteur de la pénicillinase. La résistance du B.K. est trop connue pour que nous en discutons trop longtemps ici. Mais un certain nombre de remarques peuvent être intéressantes. Vous savez tous que la résistance du B.K. peut être retardée par l'administration simultanée de I.N.H. ou P.A.S. Le « Medical Research Council » en Angleterre a organisé en 1953-54 une enquête appuyée par des contrôles très rigoureux et des statistiques excluant toute possibilité d'erreurs. On a établi que 1 gr. de streptomycine + 250 mg I.N.H. administrés chaque jour ou 5 fois par semaine, retardent l'apparition de la résistance pour une période beaucoup plus longue que 1 gr. de streptomycine + I.N.H. 2 fois par semaine et cela contre toute attente. C'est pourquoi, on a abandonné l'administration bi-hebdomadaire de la streptomycine, sauf si une série assez longue de piqûres journalières a précédé. (Autre observation importante que je voudrais faire maintenant ! La plupart des radiographies n'apparaissent pas marquées par des aggravations quand le médicament est continué après que la résistance s'est développée. C'est là une observation curieuse qu'on ne pourrait pas faire sur les autres bactéries sensibles à la streptomycine. Néanmoins, quelques publications indiquent que des échecs post-opératoires, comme la fistule bronchopleurale et des crachats positifs, sont associés à la présence des souches B.K. résistants. Mais pour vérifier cela, des confirmations plus sûres seraient nécessaires. On devrait se rappeler que le staphylocoque producteur de pénicillinase aussi est sensible à la streptomycine et développe de la résistance très rapidement et favorise l'invasion du pseudomonas et d'autres saprophytes. Une telle possibilité devrait également être considérée comme une cause d'échecs).

Quelles conséquences funestes pourrait avoir l'extension de la souche résistant à la streptomycine ? Je crois que cela pourrait être illus-

**dragées de chlorhydrate de Tétracycline**

à 0,25 g

**comprimés de chlorhydrate de Tétracycline**

à 0,10 g

**poudre de chlorhydrate de Tétracycline**

à 4%

PRODUIT SOUS CACHET

**DIAMANT**



Remboursé par la Sécurité Sociale - Admis aux Collectivités, Hôpitaux, AMG

**SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE** 67, boulevard Haussmann Paris 8<sup>e</sup> - ANJ. 46-30

**TUNISIE** : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille - TUNIS.

tré par une expérience intéressante. Quand je remplissais, en 1951, une mission pour les Nations-Unies, en Italie, le Gouvernement Norvégien avait fait une offre généreuse. Il était décidé à accepter sur son territoire un certain nombre de malades tuberculeux qui avaient perdu leur nationalité pour des raisons politiques, et même à leur accorder le droit de citoyenneté. Une commission venue d'Oslo sélectionna sur place les différents malades, et plus d'une centaine furent déclarés aptes au point de vue médical, social, politique, etc... Cependant, quand les résultats du test de sensibilité révélèrent que la moitié d'entre eux avait développé de la résistance à la streptomycine, le Gouvernement, malgré la profonde déception de ces malades, dut refuser leur admission parce que, en Norvège, il existe un règlement qui protège la population contre l'extension de la souche résistante.

Des publications notent que la résistance du B.K. peut se convertir de nouveau en sensibilité, mais de telles affirmations doivent être admises sous toutes réserves, parce que les bacilles résistants et sensibles se trouvent souvent ensemble dans le même poumon. Une fois la résistance développée, elle est probablement permanente, et cela est valable aussi bien pour le B.K. que pour les autres bactéries. On doit en conclure que la streptomycine reste, pour le moment, l'antibiotique de choix contre le B.K., la tularémie et la peste et, vraisemblablement, contre quelques souches de streptococcus faecalis dans l'endocardite. Quant à la flore gram-négative des infections intestinales et urinaires, nous avons maintenant la chance de posséder un autre antibiotique avec un spectre sélectif contre les micro-organismes gram-négatifs seulement : La Polymyxine.

Celle-ci n'a pas d'effet sur le redoutable staphylocoque et, probablement, aucune des souches sensibles à son action n'acquiert de résistance. Elle a été découverte, il y a 8 ans, séparément par deux groupes de chercheurs américains et, en même temps, par une équipe anglaise. Elle dérive d'une espèce du gram-positif bacillus polymyxa de A à E. Cependant, les polymyxines A.C.D. sont néphrotoxiques, mais après un travail considérable de laboratoire, les polymyxins B. et E., peuvent être considérées comme presque dénuées de tout effet toxique. Après 5 ou 6 ans de contrôle clinique, elle représente l'une des contributions les plus valables à la thérapie. Elle est bactéricide et, comme la pénicilline, active dans des très faibles concentrations. En fait, la polymyxin semble posséder contre la flore gram-négative tous les avantages que possède la pénicilline contre la flore gram-positif.

Elle agit puissamment contre les pseudomonas (pyocyaniques), qui sont aujourd'hui trouvées en nombre croissant dans les voies intestinales et urinaires, et comme contamination des plaies et brûlures : résultats fâcheux des traitements par des antibiotiques, spécialement ceux à large spectre. Le B. Coli aussi est sensible au médicament qui, par conséquent, peut tenir une place importante par voie parentérale seulement \* dans les infections des voies urinaires quand

\* Par voie intraveineuse, préférablement. (Les piqûres intramusculaires pourraient causer des réactions locales).



les sulfamides ont échoué. Mais, entre parenthèse, pourrais-je vous rappeler que les sulfamides agissent dans un milieu légèrement alcalin, et que les échecs des traitements sont souvent dûs à l'absence de cette alcalinité. La polymyxine, au contraire, agit mieux dans un milieu légèrement acide. La polymyxine est bactéricide contre les trois types de dysenteries. *Shigella*, Flexner, et aussi contre la Sonne. Lorsqu'elle n'est presque pas absorbée par la muqueuse intestinale, ce qui constitue un grand avantage, elle est efficace par voie buccale, à des doses relativement faibles. Cependant, dans la diarrhée ordinaire, due à une intoxication alimentaire, la sulfaguanidine garde toujours la première place, mais il faut donner des doses assez fortes, dès le début. Maintenant, est-il prudent d'utiliser la polymyxine comme première arme contre les infections intestinales ? C'est l'expérience qui en décidera.

(La polymyxine peut remplacer le chloramphénicol ou la streptomycine par voie intrarachidienne dans la méningite de H. Influenza. Dans les infections avec les *pseudomonas* de l'oreille, des yeux ou des plaies, une application locale est efficace).

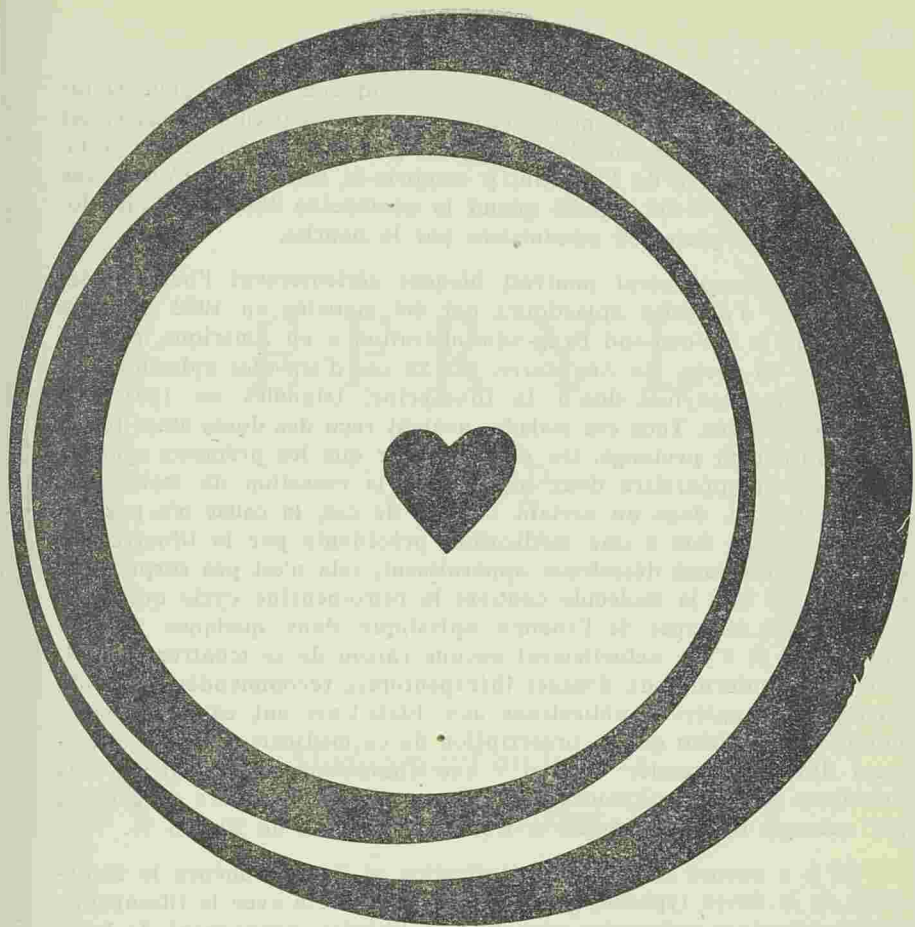
Je répète : avec la venue de la polymyxine, nous avons à notre disposition un antibiotique bactéricide aux organismes gram-négatifs. Il ne provoque pas de résistance et n'est pas détruit par la pénicillinase.

### T O X I C I T É

Pour les antibiotiques qui ont été approuvés par la « Food-and Drug-Administration » aux Etats-Unis, par le « Medical Research Council » en Grande-Bretagne, et par le « Comité d'Experts des Antibiotiques de l'O.M.S », les effets toxiques réels sont maintenant rencontrés moins fréquemment dans les limites des dosages recommandés. Pourtant, il en existe quelques-uns qui peuvent provoquer des lésions spécifiques.

Il y a ceux qui atteignent la 8<sup>e</sup> paire : la streptomycine, la déhydrostreptomycine et la néomycine. La surdité et le vertige se produisent aujourd'hui seulement après un traitement prolongé, et spécialement lorsque le médicament est administré par voie intrarachidienne. Mais la perte d'acuité auditive pour les sons aigus et les tintements d'oreille ne sont pas du tout rares. La déhydrostreptomycine est beaucoup plus nocive pour le nerf auditif que la streptomycine-calcium ou sulfate et, pour cela, elle ne devrait jamais être administrée par voie intrarachidienne. Il est bon de rappeler que la surdité et le vertige peuvent apparaître longtemps après la cessation du traitement. Ils sont presque toujours irréversibles.

La *Néomycine*, l'un des antibiotiques les plus récents, (découvert par WACKSMAN et LE CHEVALIER alors qu'ils recherchaient un médicament antituberculeux), peut causer des lésions du nerf auditif beaucoup plus prononcées que la streptomycine et, en outre, elle peut atteindre les reins. Pour cette raison, l'administration en est limitée à l'appli-



**IODAMELIS "P"**  
ESCULOSIDE

Varices • Hémorroïdes • Puberté • Ménopause



TOGEAIS  
10, rue de la République  
92 - BOULOGNE-BELLEVILLE

cation locale et par la bouche, et cela exclut son emploi pour la tuberculose. Elle est fortement bactéricide contre les pseudomonas et les infections locales par tous les staphylocoques et contre la flore gram-positive et négative de l'intestin, y compris la salmonelle. Aucun cas d'effet toxique n'a été signalé quand la néomycine était appliquée localement à des plaies ou administrée par la bouche.

Le *chloramphénicol* pourrait bloquer sérieusement l'hématopoïèse. 139 cas d'anémies aplastiques ont été signalés en 1952 dans un rapport de la « Food-and Drug-Administration » en Amérique, et on a enregistré 96 décès. En Angleterre, sur 28 cas d'anémies aplastiques et 3 cas d'agranulocytose dus à la tifomycine, (signalés en 1954), on constate 24 décès. Tous ces malades avaient reçu des doses assez fortes et un traitement prolongé. On doit rappeler que les premiers symptômes peuvent apparaître deux mois après la cessation du traitement. (C'est pourquoi, dans un certain nombre de cas, la cause n'a pas été décelée comme due à une médication précédente par la tifomycine.) Que des effets aussi désastreux apparaissent, cela n'est pas surprenant, étant donné que la molécule contient la nitro-benzine quel que vous le savez, est la cause de l'anémie aplastique dans quelques poisons industriels. Il n'y a actuellement aucune raison de se montrer inquiet, si l'on se conforme aux dosages thérapeutiques recommandés. De toute façon, les premières publications aux Etats-Unis ont causé de vives inquiétudes, si bien que la prescription de ce médicament a singulièrement diminué. Premier résultat : une diminution de l'incidence des infections par le staphylocoque et du nombre des porteurs de germes, par exemple dans un hôpital à Washington, chute de 20 à 6 %.

(Il y a encore une autre complication si l'on commence le traitement de la fièvre typhoïde par une dose trop forte avec la tifomycine. Des endotoxines puissantes peuvent être libérées, provoquant de brusques évanouissements. Bien que la toxicité de ce médicament se présente assez rarement quand il est administré aux doses actuelles, cela est une autre raison pour en restreindre l'application qui devait être réservée à la fièvre typhoïde et à la méningite H. Influenza).

Les *tétracyclines* peuvent endommager le foie si les doses sont trop élevées, surtout quand l'organe est déjà atteint. Mais, l'inconvénient principal des tétracyclines comme de tous les antibiotiques à large spectre est l'infection surajoutée par des microbes indésirables et non sensibles à ceux-ci. Ces microbes surajoutés se multiplient rapidement et deviennent prédominants, par exemple : le proteus, pseudomonas, levures, monilia et par dessus tous : le redoutable staphylocoque producteur de pénicillinase. La diarrhée cholériforme dans laquelle on a obtenu des cultures pures de staphylocoque, peut s'en suivre, et un certain nombre de cas ont abouti à des résultats fatals dus à des déshydratations rapides ou à l'absorption de toxines par l'intestin. Selon GARROD, les souches qui ont acquis la résistance, non seulement se multiplient rapidement, mais aussi se propagent rapidement, explica-



# EFRYL

## SIROP

*Médicament de la toux  
et de l'oppression*



Paris

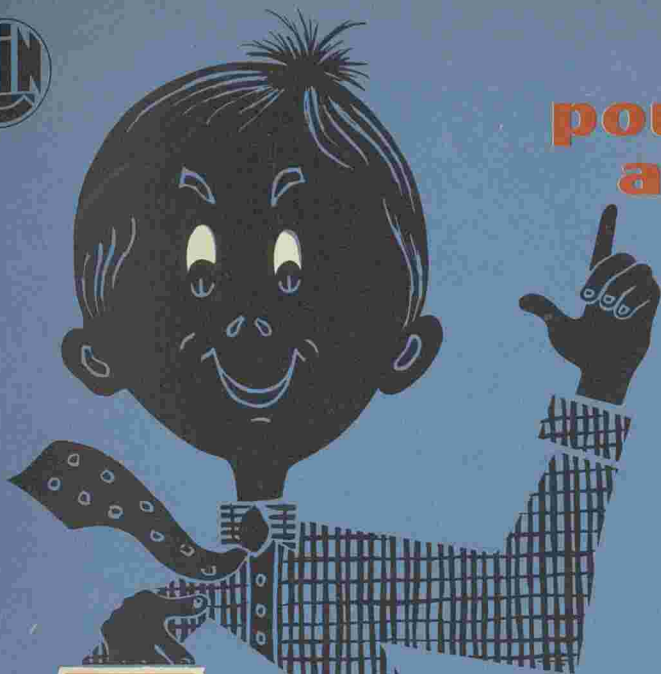
AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet

tion de cette apparition dans les régions des narines et bucco-pharyngées. La façon dont le proteus s'installe et se multiplie est clairement démontrée par les expériences de LAVERGNE et ses collaborateurs à Nancy : Une goutte de dilution d'un mélange de E. Coli et de proteus, répartie sur une boîte de Petri contenant de la gelose de Russel, a été exposée aux différents antibiotiques. La croissance de Coli a été inhibée par la terramycine et en même temps le proteus est apparu abondamment dans la zone d'inhibition, c'est-à-dire que le proteus a été bactériostasé par E. Coli. « Sous le traitement de la terramycine E. Coli disparaît des selles et un proteus y pullule. La terramycine a donc fait « sortir » le proteus et révélé cet antagonisme des deux espèces, notion solidement établie par FRÉDÉRIC et GRATIA ». Un mécanisme semblable est probablement responsable de l'apparition abondante de *Candida Albicans*. Il s'établit surtout dans les régions bucco-pharyngées, anorectale et vaginales, et il peut devenir pathogène et causer des ulcérations. La levure aussi peut apparaître dans la circulation et des cas de septicémie avec foyer de suppuration et même des décès ont été signalés.

.....

(Vous savez tous que la glossite ou la langue « noire » peuvent apparaître comme le résultat d'un traitement prolongé aux antibiotiques. De cela je ne veux pas discuter en détail, mais il vaut la peine de mentionner des paraesthésies autour de la bouche et l'ataxie passagère qui apparaissent avec certains antibiotiques et particulièrement avec la polymyxine, mais d'ordinaire, elle disparaissent quand on cesse le traitement. De tels symptômes ont été attribués à la libération de l'histamine.)

Plusieurs antibiotiques atteignent les reins et, pour cette raison, leur utilisation n'a pas été autorisée. Mais quelques-uns de ceux qui sont en circulation provoquent de l'albuminurie qui, en règle générale, cessent en même temps que le traitement. Cependant, c'est un antibiotique néphrotoxique qui a attiré l'attention des chercheurs de l'Institut Rockefeller et de l'Institut du Sir HOWARD FLOREY à Oxford : la *Bacitracine* qui présente un spectre très semblable à celui de la pénicilline et qui, en outre, est fortement bactéricide contre tous les staphylocoques, y compris le producteur de pénicillinase. Elle semble être arrivée juste à temps comme un secours pour ceux qui souffrent de graves infections intestinales par le staphylocoque dont je viens de parler. Elle présente l'avantage particulier de n'être pas absorbée par la muqueuse et d'être active en faible dose. Elle est également utile dans les infections staphylococciques des plaies du nez et des oreilles, etc... Mais, en raison du tort qu'elle pourrait causer aux reins, elle ne doit pas être administrée par voie parentérale. En outre, la bacitracine ne semble pas provoquer de symptômes d'allergie.



**poudre orale  
aromatisée**

*de goût agréable*

# **Tétracycne**<sup>\*</sup>

*Tétracycline-Base*

**nouveau!**



**comprimés  
sécables  
à 0,100 g.**



**LABORATOIRES  
CLIN - COMAR**

20, rue des Fossés St-Jacques  
PARIS V<sup>e</sup> ODEON 27-20

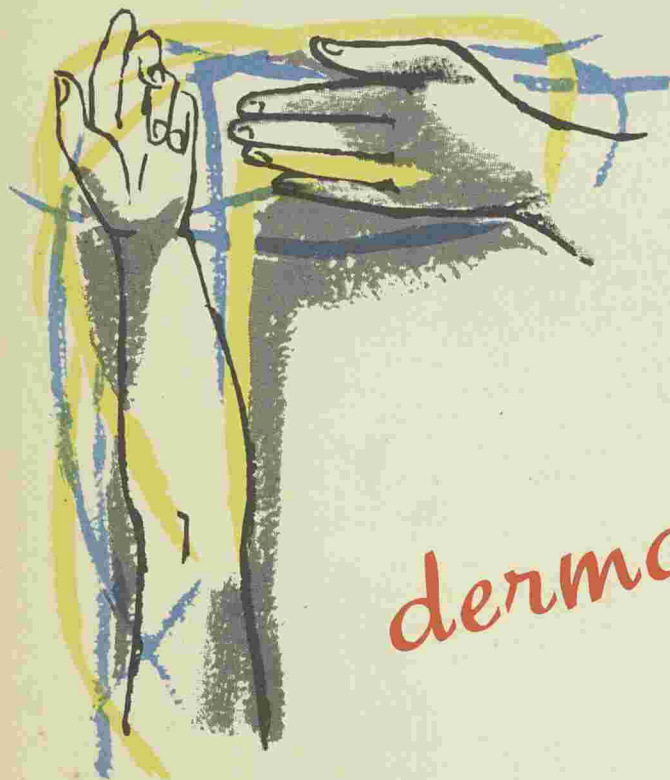
**SÉCURITÉ SOCIALE COLLECTIVITÉS A M G**

<sup>\*</sup> Marque de fabrique de PFIZER S.A.



# Terramycine<sup>★</sup>

Pfizer



en  
dermatologie

- APPLICATIONS LOCALES

POMMADE DERMIQUE à 3 p. 100

- VOIE GÉNÉRALE

DRAGÉES • COMPRIMÉS • POUDRE ORALE

(SÉCURITÉ SOCIALE - COLLECTIVITÉS - A. M. G.)



LABORATOIRES CLIN-COMAR

20, Rue des Fossés Saint-Jacques, PARIS V<sup>e</sup> - Tél. ODEon 27-20

## A L L E R G I E

Comme vous le savez, des manifestations d'allergie se produisent avec bon nombre d'antibiotiques, spécialement la pénicilline et la streptomycine. (Dans le début, des symptômes tels que l'asthme et l'urticaire ont pu être provoqués par des impuretés de champignon même, auquel beaucoup de sujets sont allergiques). Les préparations modernes de la phénoxyéthyl pénicilline V. qui n'est pas détruite par l'acide de l'estomac, médicament qui promet beaucoup et qui est administré par voie buccale, provoquent l'allergie moins souvent. De temps en temps, des symptômes peuvent être graves. L'œdème de la glotte est probablement le plus alarmant car, si les secours n'arrivent pas à temps, il peut être fatal. En dehors de cette cause évidente, quelques cas de décès subits ont été signalés. On a cru que le procain pénicilline était responsable, mais il n'en est rien. Quelques-uns des décès constatés dans les hôpitaux étaient probablement dus à une embolie parce qu'ils ont nettement présenté des symptômes focaux immédiatement avant la mort. D'autres sont sûrement d'une nature anaphylactique et se produisent particulièrement sur les sujets qui ont précédemment montré des réactions mineures telles que grandes rougeurs autour de l'endroit de la piqûre ou d'autres symptômes allergiques de la peau ou des voies respiratoires. Cependant, de nos jours, il est absolument indispensable de s'informer des réactions précédentes et de prendre les précautions nécessaires : 0,5 ml. d'Adrénaline, 1 : 1.000<sup>e</sup> par voie intramusculaire et 0,3 ml. au-dessus de la piqûre. Aminophylline. Antihistamine. Liquides.

Comme je l'ai indiqué plus haut, la pénicilline n'a pas de toxicité réelle et, pour cette raison, elle domine tous les autres antibiotiques. JAWETZ signale un sujet auquel 100 millions d'Unités ont été administrés chaque jour pendant 1 mois, c'est-à-dire 4 livres en même temps, sans le moindre effet toxique, et on pourrait citer de nombreux exemples du même genre. Mais il serait imprudent d'administrer par voie intrarachidienne plus de 50.000 Unités en même temps ou bien d'injecter la pénicilline dans les chambres antérieures ou postérieures de l'œil où une opacité permanente ou des lésions rétiniennees peuvent en résulter. Un signe allergique caractéristique de la streptomycine est l'œdème des paupières ou dermatites. Parmi les infirmières, les dermatites après contact avec le produit, ne sont pas du tout rares.

## ANTAGONISME ET SYNERGIE

Ici, je voudrais faire une remarque : j'avais l'intention, à l'origine, de limiter mon exposé à l'antagonisme et à la synergie. Pendant que j'étudiais une partie de la documentation énorme qui traite de ce sujet, je me suis aperçu que les preuves de l'antagonisme des antibiotiques appliqués à l'homme sont très réduites, mais il existe des expériences très intéressantes dues, pour la plupart, à JAWETZ et GUNNISON. Ce travail expérimental, je ne saurais en discuter ici en détail. Aussi, mes remarques seront-elles brèves !

# gomme à mâcher

Pfrunder

## A LA TYROTHRICINE

REMBOURSÉ PAR LA SECURITÉ SOCIALE  
AGRÉE PAR L'A. M. G., L'ARTICLE 64  
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITÉS

LAMARCA LYON

12 / 2432

# Sarbach

**DISTRIBUTEUR EXCLUSIF**  
CHATILLON-SUR-CHALARONNE (AIN)

**S. C. BUATOIS**  
104 RUE BARABAN  
LYON (3<sup>e</sup>)

PHARMOFFICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.

Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE

Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.

SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTELEURY - TUNIS (Tunisie).

BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).

GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).

SO.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).

LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).

(Martinique)



Comment les antibiotiques agissent-ils ? La pénicilline, par exemple, est bactéricide seulement quand les micro-organismes sensibles à son action se trouvent dans les conditions mêmes de multiplication. La pénicilline, à n'importe quelle concentration, est absolument inefficace quand les bactéries sont en repos, par exemple quand elles sont en suspension dans l'eau distillée. Rappelons le mécanisme d'action des sulfamides : ceux-ci ont une structure chimique très voisine de l'acide para-amino benzoïque, et sont capables de se substituer à cet acide. L'acide para-amino-benzoïque est un chaînon indispensable dans la synthèse de l'acide follique qui est un métabolite nécessaire à la multiplication des bactéries. Soumis à l'action des sulfamides, les microbes meurent d'une sorte d'avitaminose par carence d'acide follique. Sans avoir pu saisir la même précision quant au mécanisme d'action des antibiotiques, on admet que chacun d'eux s'attaque à un enzyme microbien particulier, enzyme qui est vital pour la croissance et la multiplication des microbes. Par conséquent, si un antibiotique qui est bactériostatique est administré, l'addition d'un antibiotique bactéricide peut ne pas réussir à tuer la souche. Ceci est démontré clairement par nombre d'expériences dues à JAWETZ, GUNNISON et leurs collaborateurs. En voici un seul exemple : quand l'auroéomycine était appliquée au bacille de Friedlander dans des concentrations nettement bactériostatiques et quand on ajoutait la pénicilline, qui est bactéricide, on notait une nette diminution de l'action de la pénicilline.

Maintenant, un des rares exemples de la clinique fournis par LEPPER et DOWLING : pendant une épidémie de méningite provoquée par le pneumocoque, le traitement combiné à la chlortétracycline et la pénicilline donnait des cas de mortalité plus nombreux, (79 %) que le traitement à la pénicilline seule, (30 %). Nous avons là une action d'un agent bactériostatique, la chlortétracycline, combiné avec un médicament bactéricide dans une condition et dans un milieu, le système nerveux, où la destruction rapide des micro-organismes est essentielle.

En principe, il faut donc éviter de combiner les médicaments bactériostatiques et bactéricides. Mais cette règle est loin d'être absolue, et tous les auteurs insistent sur la rareté de l'antagonisme *in vivo*.

Par synergie, nous voulons dire : usage de deux antibiotiques combinés pour tuer les microbes, quand l'un des deux seulement est inefficace. Dans quelques infections, un médicament peut inhiber fortement les micro-organismes, mais ne pas réussir à les tuer. Ce résultat est obtenu seulement par l'addition d'un autre médicament. Un bel exemple de synergie *in vivo* est offert par la pyrazinamide, nouvel antibiotique antituberculeux qui est en cours d'expérimentation. Habituellement, on retrouve des B.K. vivants dans les rates des souris infectées, les B.K. survivants restent sensibles mais ne sont jamais éliminés par le traitement antibiotique. Seule l'association pyrazinamide + I.N.H. permet la disparition totale des B.K. des poumons et de

la rate de souris tuberculeuses. Malheureusement, malgré l'impression favorable, la pyrazinamide est exclue de l'arsenal thérapeutique à cause de sa toxicité pour le foie.

Dans l'endocardite causée par le streptococcus faecalis, seulement deux antibiotiques combinés avec une action bactéricide, la pénicilline et la streptomycine, sont curatifs. D'autre part, dans la brucellose, la streptomycine, les tétracyclines, la chloramphénicol ainsi que les sulfamides inhibent la plupart des souches, bien qu'aucune de celles-ci, à elle seule, ne détruise complètement les micro-organismes. L'une des raisons probables étant son habitat intracellulaire où la cellule peut le protéger contre l'action du médicament. Dans ce cas, l'action combinée des médicaments des groupes I et II, c'est-à-dire la streptomycine + l'auroéomycine, sont capables de garantir une éradication complète.

Les antibiotiques du groupe II n'agissent qu'en addition. Au lieu d'ajouter du chloramphénicol aux tétra-cyclines, on peut tout aussi bien augmenter la dose du plus efficace des deux.

Je voudrais encore insister sur le fait que, dans certaines conditions, les médicaments du groupe II peuvent être ajoutés à ceux du groupe I, mais les résultats sont imprévisibles. L'antagonisme est en pratique exceptionnel.

#### R E S U M E

Disons, pour résumer, que : parmi tous les arts, l'art de guérir se distingue des autres arts par le fait qu'il n'a pas encore produit de prodiges. Cependant, on pourrait imaginer un Yehudi Menuhin Aescalapius âgé de 12 ans, connaissant à la perfection les 3.500 antibiotiques officiellement enregistrés pendant les 12 dernières années, et auquel on demanderait d'assister à une consultation médicale. Le chirurgien décide : vendredi matin, à 9 heures, je veux faire une resection du colon et je demande que, à 8 heures, l'intestin soit stérile. Avec l'aide de la spiramycine, nystatine, célesticetin, etc..., notre jeune phénomène a réussi, en effet, à stériliser l'intestin pour le vendredi à 8 heures. — Cependant, le vendredi matin, à 9 heures, je suis incapable de vous dire ce que le chirurgien fera, à ce moment précis, mais ce que le médecin légiste fera, vous pouvez le deviner !

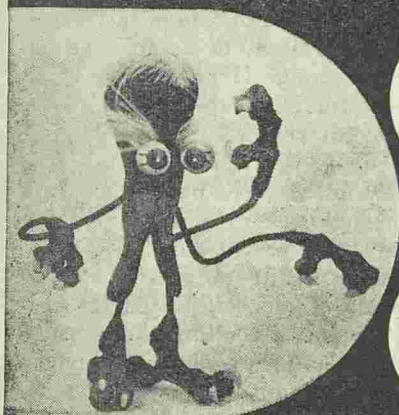
DE SOMER et STADTSBAEDER à LOUVAIN ont récemment établi par des expériences que tous les antibiotiques ensemble n'assurent jamais la stérilisation de l'intestin du cobaye. L'animal résiste très mal à cette chimiothérapie plurivalente et meurt en quelques jours dans un état d'adynamie extrême. On retrouve dans l'intestin des animaux morts des bacilles gram-positifs pratiquement purs. Les conséquences biologiques de ces modifications de la flore intestinale restent inexplicables. — Nous ne comprenons pas, disent les auteurs, ce qui cause directement la mort des cobayes traités. — Evidemment, la flore intestinale

Prescrivez maintenant

# STEARATE d'ERYTHROCINE

(STEARATE D'ERYTHROMYCINE *Abbott*)  
l'antibiotique "ACTUEL"

Comprimés à 0,7 gr.  
(sous pellicule cellulosique)



Posologie : 0,8 à 2 gr. par jour  
enfants, : 30 mgr/kilo

CAR LE STEARATE  
d'ERYTHROCINE n'est pas détruit par le  
suc gastrique.

CAR LE STEARATE  
d'ERYTHROCINE donne une concentration  
sanguine antibiotique QUATRE FOIS  
PLUS RAPIDE que les anciennes  
dragées.

CAR LE STEARATE  
d'ERYTHROCINE permet l'absorption  
aisée du comprimé tel que ou écrasé  
(enfants, certains malades).

CAR LE STEARATE  
d'ERYTHROCINE ne perturbe guère la  
flore intestinale, a peu d'effets secondaires  
et contre les infections à cocci  
et notamment les souches résistantes,  
EST ACTIF.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES *Abbott*  
44, RUE BEAUMARCHAIS, MONTREUIL-SOUS-BOIS (SEINE) — TÉLÉPHONE : AVRON 47-77

LA FOLIA PHIL. DESIGNER

NOUVEAU DOSAGE : Comprimés à **200 mg**  
sous pellicule cellulosique

TUNISIE : J. BERREBBI — 81, Avenue de Londres - TUNIS.



normale a un rôle vital à jouer dans notre existence. Elle produit probablement d'importants métabolites. Comme je l'ai montré par l'exemple du *B. Coli*, son inhibition sollicite l'apparition abondante de proteus. Il semble que certaines bactéries exercent elles-mêmes un effet antibiotique et, par conséquent, elle ne devraient pas être complètement détruites par les antibiotiques à large spectre qui tuent aussi bien amis et ennemis.

Quant à la résistance, on peut affirmer qu'en règle générale la plupart des antibiotiques n'en produisent pas sur la majorité des germes qui leur sont sensibles, sauf sur le *B. Coli* et le staphylocoque producteurs de pénicillinase. Le résultat d'un traitement avec les antibiotiques à large spectre est que ce staphylocoque se multiplie accompagné de proteus pseudomonas, monilia et levures et se répand dans les salles d'hôpital de malade à infirmière, d'infirmière à un autre malade, de ce malade à un troisième et des mains mêmes des individus à leur peau et leurs narines. Là où le staphylocoque est devenu pathogène dans le tractus intestinal, sur les plaies, dans le nez ou les oreilles, la Bacitracine ou la Néomycine sont capables de le tuer. Mais, pour la pneumonie et la pyémie staphylococcique, seule l'Erythromycine peut être efficace. C'est pour cette raison qu'elle doit être maintenant réservée, à tout prix, à ces cas précis, comme le Gouvernement de la Nouvelle Zélande en a décidé. La première et la plus importante des mesures pour combattre et diminuer la propagation du staphylocoque et des saprophytes est de restreindre l'usage des antibiotiques à large spectre aux indications que j'ai décrites précédemment; la seconde, est d'éviter leur emploi dans les infections mineures, et la troisième, d'imposer de strictes mesures prophylactiques. Soins effectués isolément, « BARRIER NURSING », pansement des plaies et des abcès dans des chambres séparées et jamais dans les salles communes en employant la technique du « no-touch ».

La streptomycine est le seul antibiotique qui provoque de la résistance à presque tous les germes sensibles. Elle pourrait être remplacée, pour beaucoup d'infections gram-négatives, par la polymyxine qui a l'avantage supplémentaire d'être active contre les pseudomonas et de ne pas être inactivée par la pénicillinase.

Ainsi, par dessus tout, la pénicilline garde une position prédominante, car c'est l'antibiotique sur lequel aucun micro-organisme sensible n'acquiert de résistance *in vivo*. Le fait de ne pas donner naissance à la résistance, de n'être pas toxique, d'être actif dans les dilutions les plus élevées et en présence de pus, tout cela constitue un ensemble de qualités remarquables pour un médicament — On a démontré que, si l'on emploie de la pénicilline contenant du sulfure radio-actif, elle ne se combine qu'avec des bactéries sensibles et non avec des bactéries naturellement résistantes. — On a mesuré la radio-activité du staphylocoque sensible après exposition à la pénicilline radio-active et l'on a trouvé que 10 molécules de pénicilline sont suffisantes pour tuer un staphylocoque. Je ne vais pas vous suggérer ici de prescrire la péni-

cilline en molécules sur une ordonnance, mais les doses astronomiques sont absolument injustifiées. 500.000 Unités par jour devraient être suffisantes pour la plupart des infections, excepté l'endocardite. En réduisant la dose ou en employant la nouvelle pénicilline V., on peut diminuer considérablement l'incidence de la monilia et des réactions allergiques. Mais, en pratique, on peut être contraint à donner un antibiotique avant d'avoir fait un diagnostic. La pénicilline devrait être administrée la première mais, à défaut, la polymyxine ou un des médicaments bactéricides contre la flore gram-négative pourrait être ajoutée. Si, malgré tout, vous n'obtenez aucun résultat favorable, sûrement alors, il est temps de faire un diagnostic !

Si je regarde dans la boule de cristal, comme le ferait un devin, je peux voir les antibiotiques à large spectre se retirer insensiblement vers l'arrière plan et les antibiotiques à spectre sélectif s'avancer graduellement.

On lit souvent, de nos jours, que les antibiotiques font plus de mal que de bien. Si on les emploie sans discrimination, c'est exact, mais, si on les administre avec sagesse, ils font et feront énormément de bien. Ceux qui, comme moi-même ont travaillé en Asie et vu la terrible maladie de Yaws ou Framboisie ou Pian, avec les défigurations et les incapacités qu'elle provoque, doivent admirer l'effet d'une seule piqûre de pénicilline qui guérit la maladie : 3 millions d'hommes ont été signalés comme guéris dans un rapport de l'O.M.S. de 1955. Cela suffit pour affirmer que, 16 ans après les recherches d'Oxford, la pénicilline reste toujours la découverte la plus bénéfique de notre temps !

INNOVATIONS  
innothéra  
THERAPEUTIQUES

**MUCINUM**  
LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

## TABLEAU DE JAWETZ

(Les indications

## Groupe 1 (Bactéricides)

*PENICILLINE*

Micro-org. GRAM-POS : staphylocoques, seulement sur le non P.P. (1); pneumocoques; hémolyt streptocoques; Cl. Welchii (anthrax); actinomyces.

Micro-org. GRAM-NEG. : gonocoques, méningocoques

*TREPONEMES ET SPIROCHETES*

Syphilis, Yaws, (Pian), Fièvre Récurrente.

*STREPTOMYCINE*

B.K. *pasteurella pestis* et tularémie.

Micro-org. GRAM-NEG. : strep. faecalis.

*POLYMYXINE* (localement ou par voie intraveineuse ou intramusculaire).

*Pseudomonas pyocyanique*.

Micro-org. GRAM-NEG. des tractus intest. et urinaires y compris dysenterie bactérienne, — *H. influenza*, mais *non brucella*.

*NEOMYCINE* (localement et par voie buccale seulement)

*pseudomonas pyocyanique*

tous les staphylocoques

*salmonella*

Micro-org. GRAM-POS. et NEG. de l'intestin (des voies urinaires localement).

*BACITRACINE* (localement et par voie buccale).

Tous les staphylocoques et, en général, la flore GRAM-POS.

(1) P.P. = Producteur de Pénicillinase.



et GUNNISON (modifié)

strictes)

Groupe II (Bactériostatiques Prédominant)  
 Antibiotiques à large spectre

Le staphylocoque producteur de pénicillinase peut acquérir la résistance à tous ces antibiotiques

*CHLORAMPHENICOL* (Tifomycine)

Bacilli de la Fièvre thyphoïde et paratyphoïde

Méningite due à H. Influenza. — Brucella.

*CHLORTETRACYCLINE* (Auréomycine).

*OXYTETRACYCLINE* (Terramycine).

*TETRACYNE*

Rickettsiae de toutes les formes de Typhus.  
 Rickettsia Burneti de la fièvre Q

VIRUS de

Lymphogranulomatose vénérienne  
 Psittacose  
 Trachome  
 Brucella  
 Leptospirella.

*ERYTHROMYCINE*

Flore GRAM-POS. et NEG.

Active sur les deux formes de staphylo.

Devrait être réservée pour les septicémies et pneumonies staphylococciques.

*SULFAMIDES*

Première arme d'attaque contre les infections intestinales (sauf staphylococciques,

Néomycine, Bacitracine !),  
 et contre les infections urinaires (sauf pseudomonas, Polymyxine parentérale; et staphylocoques, Pénicilline, ou Erythromycine = dernière réserve).

## BIBLIOGRAPHIE

- BARBER, M. and BURSTON, J. — *Lancet*, 1955, 2, 578.
- BARR, CARMAN and HARRIS — *Antibiotics and Chemotherapy*, 1954, 818.
- BRODIE J., KERR M.R., SOMMERVILLE T. — *Lancet*, 1956, 1, 19.
- BUSHBY S.R.M. — *J. Pharmacy and Pharmacol*, 1954, 6, 673.
- BUSHBY S.R.M., and GREEN, A.T. — *Brit. J. Pharmacol and Chemotherapy*, 1955, 10, 215.
- CHAIN, E.B. — Paul Ehrlich lecture, *Intern. Record Med. Gen. Pract.* 1954, 167, 3.
- COLEBROOK, L. — *Lancet*, 1955, 2, 885.
- EDITORIALS. — *Brit. Med. J.*, 1954, 2, 1216.  
 — *Lancet*, 1951, 1, 1310.  
 — *Lancet*, 1955, 1, 1059.  
 — *Lancet*, 1955, 2, 753.  
 — *Lancet*, 1956, 1, 193.  
 — *Lancet*, 1956, 1, 272.
- GARROD, L.P. — *Brit. Med. J.*, 1953, 1, 953.  
 » » — *Brit. Med. J.*, 1955, 2, 756.
- GARROD, L.P., SHOOTER, R.A. and CURWEN — *Brit. Med. J.*, 1954, 2, 1003.
- GUNNISON, J.B., KUMISHIGE, C., JAWETZ, E. — *Antibiotics Annual*, 1954-1955, 190.
- JAWETZ, E. — *Arch. Int. Med.*, 1952, 90, 301.  
 » » — *Antibiotic Annual; Med. Encycl. Int.* 1953.  
 » » — *Ann. Rev. Med.* 1954.
- JAWETZ, E., et AL. — *Antibiotics and Chemotherapy*, 1952, 2, 243.
- JAWETZ, E., and GUNNISON, B. — *Pharm. Rev.* 1953, 5, 175.
- JAWETZ, E., GUNNISON and COLEMAN — *J. Gen. Microbiol.*, 1954, 10, 191.
- DE LAVERGNE, E., BURDIN, J.C. et BEURY J. — *La Presse Méd.*, 1954, 1784.
- LEPPER, M.H. and DOWLING, H.F. — *Am. Arch. Int. Med.*, 1951, 88, 489.
- LEWIS, C.N., PUTNAM et al. — *Antibiotics and Chemotherapy*, 1952, 2, 601.
- LOWBURY, E.J.C. — *Brit. Med. J.*, 1955, 1, 985.
- O.M.S. — *Nouvelles*, 1955, VIII, 10.
- DE SOMER, P. et STADTBAEDER, S. — *La Presse Méd.*, 1955, 63, 1875.
- SYMPOSIUM — *Brit. Med. J.*, 1955, 1, 1525.  
 — *Lancet*, 1956, 1, 336.  
 — *La Presse Méd.*, 1956, 64, 3, 51.

## A propos d'un cas de drepanocytose

par Edgar DIACONO et Georges DIACONO

Séance du 23-3-56.

La petite Naziha B., âgée de 7 ans, nous est adressée, le 9 janvier 1955, par son médecin qui s'inquiète de la persistance chez elle d'un syndrome fébrile oscillant, depuis plusieurs semaines, entre 38° et 40°5, sans aucun signe de localisation. Il attire en outre notre attention sur ce fait, en apparence paradoxal que, chez cette enfant, l'accélération très modérée de la vitesse de sédimentation (15  $\frac{m}{m}$  à la 1<sup>re</sup> heure) est en contradiction apparente avec la nette hyperthermie et l'existence d'une hyperleucocytose à 28.000 globules blancs avec polynucléose neutrophile à 82 %.

Une hémoculture, un sérodiagnostic et des recherches répétées d'hémoparasites sont demeurées négatives.

A notre tour nous examinons la malade : elle est incontestablement fiévreuse (38°5 au moment de l'examen), légèrement polypnéique, nettement tachycardique et ses conjonctives sont teintées de subictère.

L'examen systématique ne révèle, par ailleurs, aucun signe physique ou fonctionnel saillant. Les bruits du cœur sont bien frappés, l'image radioscopique pulmonaire est normale; la rate et le foie ne sont pas augmentés de volume. Il n'existe pas d'adénopathie.

Néanmoins, compte tenu d'une part de la pâleur de la peau et des muqueuses et d'autre part de l'absence de tout autre signe d'orientation diagnostique, nous nous décidons à approfondir les données hématologiques de ce problème clinique.

L'examen du sang, immédiatement pratiqué, fournit les résultats suivants :

Hémogramme : G.R. : 3.070.000, Hb. : 61 % (8 gr. p. 100 cc), V.G. : 0,88, G.B. : 32.300 dont poly neutre : 85 %, poly base : 0, poly éosino : 0, monocytes : 5 %, lympho 10 %.

Comptés à part : 2 normoblastes acidophiles pour 100 leucocytes.

Anisomacrocytose — Anisochromie — Assez nombreuses cellules en cible — Très rares hématies en croissant — Absence d'hémoparasites sur lame.

Réticulocytes : 24 pour 100 G.R.

Bilirubine : totale 32 mgr, indirecte 24 mgr par litre.

Test de Coombs direct : négatif.

Urobilinurie : présence en forte quantité.





R. DACCOSTA ÉDIT.

**CALCIUM CORBIÈRE BUYABLE**  
**VITAMINÉ "FORT" C500. D.PP**

REMBOURSÉ S. S.

TUNISIE — M. H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

*Signalons enfin qu'une hémoculture est demeurée négative.*

Ces divers examens hématologiques nous permettent d'établir l'existence d'un syndrome hémolytique, authentifié par l'anémie, la réticulocytose, la nette augmentation de la bilirubinémie.

La négativité d'une part de la réaction de Coombs directe, la présence sur lame colorée, d'autre part, de très rares hématies en croissant qui pouvaient être des hématies falciformes, nous font suspecter l'existence d'une drépanocytose.

Ce diagnostic fut immédiatement confirmé par la mise en œuvre des techniques qui permettent habituellement de l'étayer.

*En effet, mises entre lame et lamelle et privées d'O<sup>2</sup>, les hématies de notre malade prenaient, en moins de 2 heures, la forme caractéristique d'hématies falciformes à prolongements filamenteux de l'homozygote de la tare.*

L'examen physico-chimique de son hémoglobine nous révélait que, comme chez l'homozygote de la tare, elle contenait 18 % d'une hémoglobine du type fœtal (Hb F) et que à l'électrophorèse sur papier (tampon véronal sodique, pH 8,6, force ionique 0,025), elle se comportait comme une hémoglobine S, caractéristique de la drépanocytose.

Enfin, comme il est classique dans l'anémie drépanocytaire, la résistance globulaire était modérément, mais nettement augmentée (hémolysé initiale à 4,83 %/100, hémolysé totale à 2,33).

Il nous a donc paru logique de rattacher à cette dyshémoglobinosé l'étiologie de cette fièvre essentielle, d'autant plus que ce diagnostic avait le mérite d'expliquer, outre l'anémie hémolytique, la fièvre et l'hyperleucocytose (signe classique au cours des poussées aiguës émaillant l'évolution de la drépanocytose).

Ce diagnostic cadrait aussi avec l'absence de tout autre signe de localisation, avec la négative de l'hémoculture et enfin avec l'accélération anormalement modérée de la vitesse de sédimentation globulaire qui peut s'expliquer par le changement de forme des hématies privées d'O<sup>2</sup> dans le tube de Westergreen.

Signalons enfin que dans l'anémie drépanocytaire, la splénomégalie est inconstante.

L'ÉTUDE DE LA FAMILLE de notre malade, étude qui doit toujours compléter l'observation d'un cas isolé de dyshémoglobinosé, nous a révélé que cette enfant — *sicklanémique* — avait hérité simultanément de la tare de ses deux parents; tous deux hétérozygotes, ou porteurs sains de la tare, ou *sickléniques*.

Une sœur aînée, *Menah*, 15 ans, est comme elle, atteinte d'anémie drépanocytaire, génétiquement superposable à celle de *Naziha* (*sicklanémique*).

Un frère, âgé de 10 ans, est par contre indemne de la tare.

Ces données sont en accord avec les lois de la semi-dominance qui régissent la transmission de la tare sicklémique. La descendance de deux sujets sicklémiques est en effet théoriquement composée d'enfants sains ( $1/4$ ), d'enfants sicklémiques ( $1/2$ ) et d'enfants sicklanémiques ( $1/4$ ).

Le traitement de cette affection étant pratiquement nul dans l'état actuel de nos connaissances, nous nous sommes bornés à un traitement symptomatique antithermique et antianémique, en prévenant la famille de la sévérité du diagnostic éloigné.

En effet, la plupart des sicklanémiques succombent dans la 1<sup>re</sup> décade de la vie, les autres dépassent rarement la 3<sup>e</sup>. Parmi les accidents susceptibles de compliquer cette évolution, signalons les très particulières thromboses artérielles ou veineuses, dues à la falciformation intravasculaire des hématies privées d'O<sup>2</sup>.

Nous avons revu notre petite malade il y a un mois : si sa poussée hémolytique a évolué favorablement, elle demeure cependant anémiée (3.490.000 globules rouges avec 76 % d'hémoglobine). Son état général bien qu'amélioré, reste précaire et de nouvelles poussées hémolytiques sont à prévoir.

NOUS FERONS A PROPOS DE CETTE OBSERVATION QUELQUES COMMENTAIRES concernant d'abord la place qu'occupe la drépanocytose dans le cadre des dyshémoglobinoses.

Nous signalerons au passage les éléments pratiques de son diagnostic et nous dirons, en terminant, le rôle qu'on peut attribuer à cette maladie dans la pathologie locale.

La découverte par PAULING, ITANO, SINGER et WELLS en 1949 chez des sujets atteints de la tare drépanocytaire (ou tare sicklémique, ou maladie à hématies falciformes), d'une hémoglobine anormale, l'hémoglobine S (ou B), différente de l'hémoglobine normale de l'adulte par sa mobilité électrophorétique, a ouvert la voie à des recherches génétiques, hématologiques et biochimiques qui ont permis de créer un chapitre de pathologie tout nouveau : celui des *dyshémoglobinoses*.

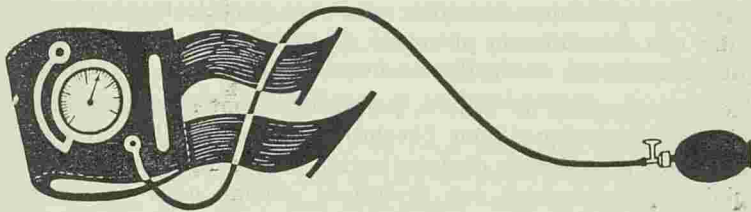
D'abord limité à la tare drépanocytaire et à la thalassémie ce chapitre s'enrichit chaque jour de l'identification de nouvelles hémoglobines pathologiques, désignées au fur et à mesure de leur découverte, par une lettre alphabétique : hémoglobines C, D, E, G, H, I, J et tout récemment K...

L'hémoglobine A, rappelons-le, est l'hémoglobine de l'adulte normal et la F, l'hémoglobine fœtale.

Les dyshémoglobinoses, définies par un trouble génétique irréversible de la synthèse du pigment respiratoire, ont en commun un certain nombre de caractères.



# HYPERTENSION ARTÉRIELLE



# Serpasil

nom déposé

L'ALCALOÏDE HYPOTENSEUR DU RAUWOLFIA

ISOLÉ PAR

**CIBA**

- *abaisse progressivement les chiffres diastoliques et systoliques*
- *calme et détend*

non toxique • très bien toléré • sans contre-indication  
comprimés à 0,10 mg et 0,25 mg • 2 à 6 par jour

LABORATOIRES CIBA • 111, Bd VIVIER-MERLE • LYON • 57, QUAI D'ORSAY • PARIS

Les deux principaux sont, d'une part, leur transmission héréditaire selon les lois mendéliennes de la dominance ou plutôt de la semi-dominance, et, d'autre part, leur mode d'expression très différent, selon qu'il s'agit des sujets hétérozygotes ou homozygotes de la tare.

En ce qui concerne la tare drépanocytaire, (la seule que nous ayons en vue ici), les *hétérozygotes* sont des sujets apparemment sains : leur image sanguine, telle qu'elle résulte des examens de routine, est normale, mais leur *hémoglobine contient de 25 à 45 % d'hémoglobine S*. Sa présence, identifiée aisément par électrophorèse, confère en outre aux hématies, la propriété de prendre une forme en faucille, ou plus exactement en feuille de houx quand on les prive d'O<sup>2</sup>.

Les homozygotes de la tare, par contre, sont atteints d'une anémie hémolytique chronique, dont l'évolution est habituellement très grave, par suite des poussées de déglobulisation et des accidents de thrombose vasculaire qui marquent son évolution; comme nous l'avons dit, ces malades dépassent rarement la trentaine.

L'*hémoglobine* des homozygotes, différente de celle des hétérozygotes, est *constituée presque uniquement d'hémoglobine S (75 à 100 %)*, associée dans la règle à une faible quantité d'hémoglobine de type *foetal*, l'hémoglobine A (normale) étant généralement absente.

La falciformation des hématies de ces malades, revêt un type différent de celui observé chez les hétérozygotes : privées d'O<sup>2</sup>, leurs hématies prennent une forme très allongée, avec longs prolongements filamenteux...

Conformément à ces critères, les parents de notre malade et son jeune frère, apparemment sains, sont des hétérozygotes de la tare. Leur hémoglobine, apparaît à l'électrophorèse, constituée par un mélange d'hémoglobine S et d'hémoglobine A, (cette dernière, prédominante) et la falciformation de leurs hématies, prend la forme en feuille de houx.

Naziha et sa sœur aînée Menah sont au contraire des homozygotes comme en témoignent :

1° L'anémie hémolytique dont elles sont atteintes, avec réaction de Coombs directe négative;

2° Les caractères morphologiques très spéciaux du mode de falciformation de leurs hématies;

3° La composition de leur hémoglobine : celle-ci est en effet constituée par un mélange, en proportions inégales, d'hémoglobine S largement prédominante et d'hémoglobine du type foetal : respectivement 18 % et 7 %.

En janvier 1955, H. COHEN et KHALED ont présenté à cette même Société une famille de musulmans tunisiens atteinte de la tare drépanocytaire.

Par ailleurs, une enquête menée par l'un de nous, avec DIDIER, MINGUET et Mlle SAMAMA, enquête dont les résultats ont été présentés au 15<sup>e</sup> Congrès des Pédiatres de langue française à Marseille en mai 1955, a révélé l'existence de 16 cas de sicklémie, parmi 830 enfants musulmans tunisiens, pris au hasard dans les consultations de deux Dispensaires de la Croix Rouge Française à Tunis, soit une proportion d'environ 2 %.

Enfin, la *Revue d'hématologie* vient de publier (\*) l'observation d'une famille des environs de Ferryville, signalée par DURIEUX et dans laquelle l'un de nous a démontré avec les Professeurs ROCHE et DERRIEN, la coexistence des tares sicklémiques et thalassémiques.

*L'observation que nous venons de vous présenter, achève donc de démontrer, s'il en est besoin, que la tare drépanocytaire, bien que peu fréquente, occupe une place non négligeable dans la pathologie locale.*

Découverte d'abord chez les nègres d'Amérique puis d'Afrique, cette tare, dont le foyer originel se situerait chez les anciens peuples veddides de l'Inde, a par ailleurs, été identifiée chez des individus de race blanche, en différents points du bassin méditerranéen (Grèce, Sicile, Algérie).

De par sa position géographique, il est donc facile de supposer que la Tunisie se trouve exposée à la double pénétration par le Nord et par le Sud, de la tare drépanocytaire.

La facilité de son diagnostic, laisse espérer que les travaux ultérieurs, s'attacheront à fixer la place exacte qu'elle occupe dans la pathologie locale.

## R E S U M E

Les auteurs rapportent un cas de fièvre cliniquement isolée, inexplicquée et prolongée chez une musulmane tunisienne de 7 ans. L'examen du sang et de l'hémoglobine a permis de faire la preuve qu'il s'agissait d'une poussée hémolytique aiguë chez une homozygote de la tare drépanocytaire.

L'étude familiale de ce cas a révélé que l'enfant (sicklanémique) avait hérité de la tare de ses deux parents, tous deux hétérozygotes ou porteurs sains de la tare (sicklémiques).

Une de ses sœurs étaient atteinte comme elle de sicklanémie.

Dans leurs commentaires, les auteurs, après avoir rappelé les éléments du diagnostic de la tare drépanocytaire, tentent de préciser la place occupée par cette dyshémoglobinoïse dans la pathologie locale.

---

(\*) *Revue d'hématologie*, **11**, 1, pp. 26-48, 1956.





...comme

**V**itamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

*homologué et remboursé par la S. S.*

## OSTEOPOECILIE FAMILIALE

D<sup>rs</sup> J. LAURENTI et H. TEMAN

(Séance du 25 mai 1956)

L'an dernier, j'ai eu l'honneur de vous présenter un cas isolé d'ostéopoécilie, mais sans pouvoir vous apporter la preuve formelle de l'origine génotypique de cette dysplasie.

Nous avons eu plus de chance cette année puisque nous avons eu l'occasion d'examiner trois générations d'une famille d'ostéopoéciliques.

Il y a quelques semaines, en effet, un sujet de 45 ans, employé civil de l'armée, nous était amené par M. le Docteur ORSONI, qui désirait pratiquer chez ce sujet une uréthrographie, en raison d'une longue histoire de dysurie. Nous n'insisterons pas sur cet aspect de l'observation — l'existence d'une dysectasie du col, associée à des images d'urétrite postérieure et de prostatite chronique, a nécessité un forage du col qui a d'ailleurs parfaitement soulagé le malade des seuls troubles qu'il ait accusés.

Mais si les images uréthrographiques proprement dites ne présentaient rien de très original, par contre, l'aspect très particulier des branches ischiopubiennes et du col du fémur nous rappelant tout à fait celui du squelette du légionnaire que nous avons examiné l'an dernier, nous avons exploré la totalité du squelette qui nous a bien confirmé l'existence d'une ostéopoécilie, sans doute moins riche que celle qui vous a été présentée l'an dernier mais néanmoins tout à fait typique. Elle était caractérisée par la présence, dans les régions méta physo-épiphysaires des os longs des membres, dans les os courts des extrémités, et, dans certains os plats, d'îlots d'os dense. Ces îlots d'apparence compacte, sont en réalité formés d'os spongieux à texture très serrée, mais histologiquement dépourvue d'anomalies cellulaires ou d'anomalies structurales autres que la rareté et l'étroitesse des espaces médullaires.

Dans la majorité des cas, les îlots denses n'occupent que les membres, débordant parfois cependant sur les os des ceintures, comme chez notre malade, où il existe quelques éléments sur les ischions, les pubis et au-dessus des cotyles. Le rachis et les côtes ne sont qu'exceptionnellement touchés, l'atteinte crânienne n'a jamais encore été signalée. La symétrie de l'atteinte est frappante et absolument constante. La forme des îlots opaques peut être assez variable.

COMPRIMÉS  
DE  
DELTA  
CORTISONE

à un  
et à cinq  
milligrammes

*Sous cachet*



DELAGRANGE

ALBO

DC-11



A côté de la forme nodulaire classique, celle qui fut décrite dans les observations d'ALBERS-SCHONBERG et de LEDOUX-LEBARD et qui est désignée habituellement sous le nom d'ostéopoécilie ponctuée, et où les îlots ont la forme de nodules arrondis ou ovalaires de 3 à 5 mm de diamètre, souvent un peu allongés dans le sens des lignes de force,...

... VOORHOEVE a décrit une ostéopoécilie striée, à laquelle certains auteurs ont tenté de donner une autonomie sous le nom « d'ostéopathie striée de VOORHOEVE » et qui est caractérisée par la présence, dans les mêmes régions d'élection que pour la forme ponctuée, de stries opaques de quelques millimètres d'épaisseur, longitudinales et parallèles ou plus exactement disposées dans le sens des lignes de force qu'elles épaississent.

Mais il existe aussi des formes mixtes dont notre patient est assez bon exemple.

En effet, les extrémités supérieures des fémurs présentent des traînées opaques qui n'ont cependant pas la régularité des stries de VOORHOEVE mais sont moniliformes; elles ont de 2 à 6 mm. d'épaisseur sur 2 à 4 cms de longueur et sont disposées dans le même sens que le système principal des lignes de force céphalo diaphysaires qui joint en demi ogive le segment polaire supérieur de la tête à la corticale interne de la diaphyse en rasant le bord inférieur du col fémoral.

Au niveau des extrémités des membres et aux coudes prédomine le type ponctué banal, ou plutôt nodulaire.

Aux extrémités supérieures des tibias, enfin, les îlots se présentent sous la forme de taches ovalaires de 10 à 15 mm de long, à centre relativement clair, aspect qui a déjà été décrit par LIÈVRE.

Quoiqu'il en soit du type morphologique de l'affection, l'enquête bibliographique à laquelle nous nous sommes livrés nous a bien montré que chaque fois qu'une enquête familiale suffisante a pu être faite l'ostéopoécilie se présente comme une dysplasie familiale héréditaire, à caractère dominant, à pénétrance forte.

Nous nous sommes donc efforcés d'amener devant notre tube à rayons X le plus grand nombre possible des membres de la famille de notre ostéopoécilique.

Notre succès a été malheureusement incomplet puisque nous n'avons pu examiner que 4 des 7 enfants de notre malade, le autres n'habitant pas Tunis et n'ayant pas accepté de se présenter à nous. Nous avons eu moins de peine à convaincre ses parents.

Voici le bilan de nos explorations :



FIG. 1

1<sup>re</sup> génération :

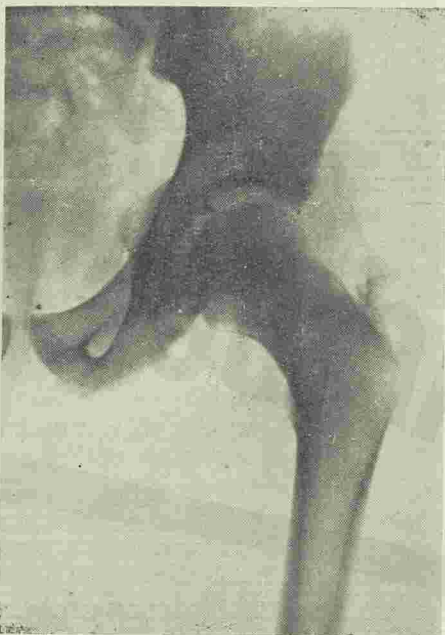
grand-père : indemne,  
grand'mère : O. P. mixte — modeste. (Fig. 1)

2<sup>e</sup> génération :

père : O. P. mixte — apparemment plus riche que celle de la mère. (Fig. 2)



FIG. 2

3<sup>e</sup> génération :

3 filles mariées non examinées;

4 fils :

N<sup>o</sup> 1 : 15 ans, indemne

N<sup>o</sup> 2 : 13 ans, indemne

N<sup>o</sup> 3 : 12 ans, O. P. ponctuée discrète. (Fig. 3)

N<sup>o</sup> 4 : 9 ans, indemne

FIG. 3

L'ostéopœcilie du fils de 12 ans est une forme très discrète, caractérisée par l'existence de rares punctuations sur les ischions et les extrémités des os longs des membres, sur les os courts des carpes et des tarses. S'agit-il alors d'une atteinte mineure ? ou d'une phase moins avancée et à l'âge adulte, possédera-t-il des os aussi richement tachetés que son père ? Nous ne pouvons le dire car les faits publiés jusqu'ici sont assez discordants.

En ce qui concerne les examens paracliniques, nous n'avons rien de plus à dire qu'à notre première communication. La réticence de nos patients ne nous a pas permis d'effectuer de dosages humoraux d'autant plus que l'intervention dont j'ai parlé n'a pas été pratiquée à l'Hôpital Louis Vaillard. Le fait qu'ils sont constamment normaux lorsqu'ils ne sont pas discordants, chez les sujets dont les observations sont rapportées dans la littérature nous ôte une part de nos regrets. Il en est de même en ce qui concerne l'examen histologique dont la seule proposition a bien manqué nous priver de la visite du reste de la famille.

Un certain nombre d'observations font mention d'anomalies associées et notamment d'anomalies cutanées.



*le ferment vivant*

**VIVACIDOL**

**RÉGÈNÈRE** la flore de défense  
et  
**NORMALISE** le milieu intestinal

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros — TUNIS — Tél. 282.090

Les plus fréquemment rencontrés sont une lentiginose d'intensité variable, parfois profuse, une tendance aux chéloïdes, apparemment spontanées ou acquises, parfois une kératose palmoplantaire.

Cette association qui est signalée dans près d'un tiers des cas n'est certainement pas fortuite, car les manifestations cutanées présentant les mêmes caractères de transmissibilité que les anomalies osseuses et on sait d'autre part la fréquence relative des syndromes associant anomalies osseuses et cutanées : parchidermopériostose, syndrome d'Albright (forme majeure de la dysplasie fibreuse) méloréostose, neurofibromatose de RECKLINGHAUSEN dont la première et la dernière sont également héréditaires.

Nous n'avons pas constaté de semblables manifestations dans cette famille.

Les autres anomalies congénitales signalées par certains auteurs sont comme les diverses affections concomitantes signalées, si variables qu'elles ne paraissent pas pouvoir être retenues.

Il faut dire un mot, enfin, du diagnostic différentiel. En fait, il ne se pose guère, l'aspect est si caractéristique qu'il suffit d'y penser pour que le problème soit immédiatement résolu. Dans le doute, une exploration de l'ensemble du squelette préciserait le caractère généralisé symétrique de l'affection et leverait tous les doutes.

Il est cependant des cas limites qui peuvent peut-être induire en erreur.

C'est ainsi que des aspects de striation des ailes iliaques ont été signalées exceptionnellement dans certaines hypoprotéïnémies; telle que celle qui accompagne la maladie de CROHN par exemple.

Mais surtout dans d'autres cas, la découverte des éléments nodulaires sur les os du bassin comme ce fut le cas chez notre malade, pourrait faire discuter la possibilité d'un cancer secondaire ostéodensant, comme dans l'observation rapportée par le Docteur LIÈVRE dans « La Presse Médicale » en février 1954, et où les nodules opaques étaient particulièrement volumineux, et avaient fait envisager d'abord la possibilité de métastase d'un cancer de la prostate.

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

8 gammas

Vitamine B12

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

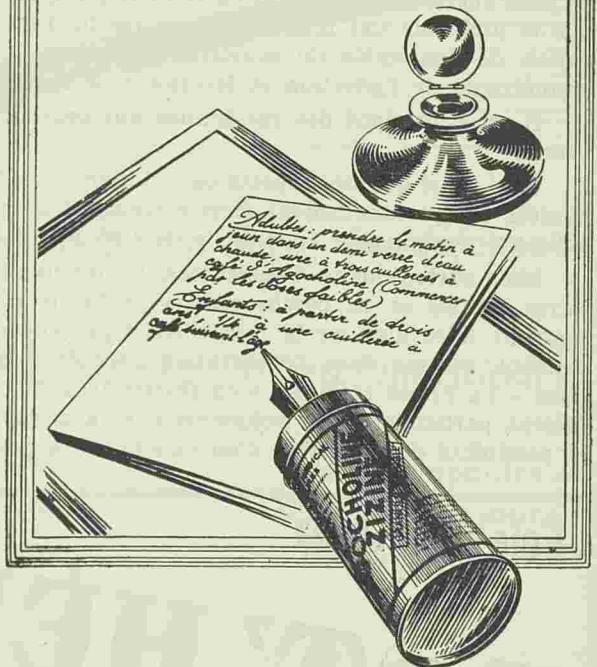
GRANULÉ SOLUBLE

# AGOCHOLINE

DU DOCTEUR  
**ZIZINE**

**AGENT**  
DE  
**DRAINAGE**  
**BILIAIRE**  
d'une  
remarquable  
activité

Congestion du foie et  
de la vésicule biliaire.  
Lithiase biliaire. - Ictère.  
Cholécystites chroniques.  
Troubles digestifs et généraux  
d'origine hépatobiliaire.



ÉDITIONS PAUL MARTIAL - PARIS

LABORATOIRES ZIZINE - 24, RUE DE FÉCAMP - PARIS-12°



## A propos d'un mégacholédoque lithiasique traité par anastomose cholédoco-jéjunale

D<sup>rs</sup> Saïd MESTIRI et Hachemi AYARI



(Séance du 22-6-56)

L'observation que nous vous présentons concerne un mégacholédoque lithiasique pour lequel nous avons pratiqué une anastomose cholédoco-jéjunale.

Ce qui nous a incité à vous la rapporter c'est d'abord l'appoint qui a constitué pour nous la cholangiographie pour l'appréciation exacte des lésions. C'est surtout en raison de l'attitude thérapeutique que nous avons cru devoir adopter.

Voici notre observation :

Mme Khedija..., âgée de 56 ans, entre dans le Service du D<sup>r</sup> GANEM, à l'Hôpital Sadiki, le 20-1-56 pour :

- Fièvre avec frissons.
- Ictère.
- Douleur de l'hypochondre droit.

Elle avait été opérée 15 ans auparavant d'une lithiase vésiculaire par le D<sup>r</sup> BRUN qui avait pratiqué une cholécystostomie.

Elle s'est bien portée pendant 10 ans, puis a recommencé à souffrir depuis 5 ans.

A l'examen :

- Etat général assez bon.
- Gros foie débordant de 2 travées de doigt.
- Ictère.
- Urines foncées.
- Selles décolorées.

Examens hologiques :

- Globules rouges : 4.300.000
- Globules blancs : 9.400

Présence de sels et pigments biliaires dans les urines :

- Azotémie : 0 gr 35
- Cholestérol : 6 gr 10 %
- Mac Lagan : 4
- Taux de Prothroculine : 100 %

# LACTO-SÉRUM LAVRIL

*poudre atomisée*

remboursé S.S. et A.M.G.  
(Art. 64 Hôpitaux).

rétablit l'équilibre fonctionnel de l'intestin

*particulièrement indiqué  
chez la femme enceinte*

traite à la fois  
la constipation  
et ses complications

colite  
intoxication  
colibacillose, syndrome entéro-rénal

1 à 3 cuillerées à soupe dans 1 verre d'eau le matin à jeun

**Radiographie :**

Un radio sélectan pratiqué par M<sup>me</sup> DAUD, montre un énorme cholédoque, et une imprégnation vésiculaire normale.

Préparation soigneuse de la malade par antibiotiques. Tubages duodénaux. Extraits hépatiques. Vitamines.

Intervention le 3-2-56 :

« Incision paramédiane droite avec excision de la cicatrice ».

Réseau très serré d'adhérences qui amène le foie à la paroi abdominale antérieure et barre la région hépatique. Vésicule d'aspect et de dimensions normales. Très gros cholédoque épaissi et dilaté.

On pratique une cholangiographie par injection directe dans le cholédoque. Les clichés révèlent :

- Très grosse dilatation cholédocienne.
- Injection rétrograde du Wirsung.
- Passage duodéal difficile.
- Oddite scléreuse probable.

L'ouverture du cholédoque donne issue à une quantité importante de boue biliaire, de calculs et de pus.

Le franchissement de la papille avec le plus fin des explorateurs se fait très difficilement.

Nous décidons de pratiquer une cholédoco-jéjunostomie.

Montage d'une anse jéjunale en Y longue de 50 cm environ.

Section du cholédoque à mi-chemin du cystique et du duodénum.

Anastomose termino-terminale à plein canal en 2 plans aux points séparés, très aisé en raison du calibre du cholédoque qui est égal à celui du jéjunum cholécystectomie.

Drains sous-hépatique.

Paroi en 2 plans au nylon.

**Suites opératoires :**

Elles furent excellentes.

La température n'a pas dépassé 37°5.

Décoloration rapide.

Quitte l'Hôpital le 15<sup>e</sup> jour.

Revue à plusieurs reprises depuis sa sortie, se porte bien.

Il y a quelques jours, nous avons pratiqué un radio sélectan, et une transit intestinale. Il n'y a pas d'images de reflux sur les clichés.

Cette observation appelle de notre part les commentaires suivants :

L'intervention pratiquée peut sembler excessive. En réalité, nous y avons été conduit par l'examen logique de la situation.



Le pansement de marche

# ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

## CICATRISE



- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la diapédèse et la leucocytose.

Provoque une prolifération rapide des bourgeons charnus.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS

# BIS - KA - MA

TRAITEMENT LOCAL, PRATIQUE ET RATIONNEL

des

MALADIES DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN

et des

TOXI INFECTIONS GASTRO INTESTINALES

Voie Stomacale : poudre, tablettes.

Voie Intestinale } Suppositoire  
                              } Pansement recto colique (granulé pour lavement)

Laboratoires **S. I. T. S. A.**, 15, rue des Champs, Asnières (Seine)

Agents pour la Tunisie : **V. BISMUTH et Cie**, 4, Rue de Strasbourg, TUNIS

Produit remboursable par les Assurances Sociales

(Arrêté du 31 août 1949)

S'agissant d'une réintervention sur l'arbre biliaire, devant la gravité et la difficulté de ces réinterventions, l'opinion unanime est à l'heure actuelle, d'essayer de les éviter et de « faire tout en une fois ».

Vis-à-vis des lésions constatées, 2 genres d'interventions se discutaient :

### 1° LE DRAINAGE DES VOIES BILIAIRES

a) **Le drainage simple à la Kehr.** — Nous l'avons rejeté pour 2 raisons :

En premier lieu nous n'avions pas à notre disposition un drain de Kehr suffisamment gros pour s'adapter au cholédoque.

Comme l'a rappelé SOUPAULT récemment, le drain de Kehr doit s'adapter parfaitement au cholédoque, sinon il fait corps étranger et ne remplit plus son office.

b) Nous avons surtout rejeté le drainage à la Kehr ainsi que le drainage transpapillaire en raison de la grande probabilité d'une lésion scléreuse de la papille.

Il aurait fallu pour bien faire pratiquer une sphinctérotomie qui ne peut être que transduodénale et nécessitera peut-être un décollement duodéno-pancréatique. Opération choquante, délicate, que nous avons voulu éviter à notre malade.

### 2° LES ANASTOMOSES

L'anastomose se révélait donc plus indiquée. Quelle anastomose fallait-il choisir ? Fallait-il faire une anastomose cholédoco-duodénale ou une anastomose cholédoco-jéjunale ?

Outre les arguments tirés de la commodité d'exécution qui est affaire d'examen sur place des lésions et des organes, deux complications risquent de compromettre l'avenir de l'une et l'autre de ces anastomoses :

Ce sont :

1° le reflux intestinal dans les voies biliaires;

2° la sténose ou retrécissement ultérieur de l'anastomose.

De l'avis de HEPP, SOUPAULT, CHAMPEAU, SÉNÈQUE, ces complications se voient à un degré beaucoup moindre dans les anastomoses cholédoco-jéjunales.

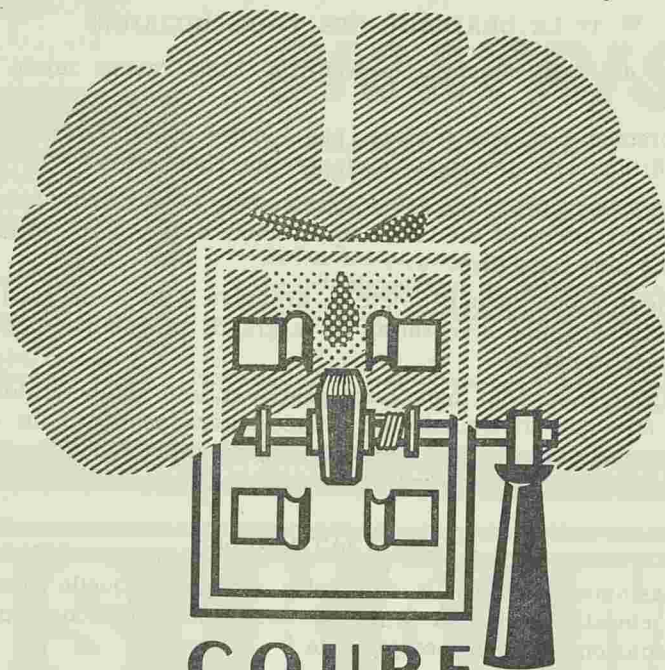
Il faut toutefois que l'anse montée en Y soit très longue, de 60 cm au moins d'après HEPP.

Nous avons pratiqué cette anastomose parce qu'elle a paru d'exécution plus commode et suivant l'avis des auteurs, qui en ont l'expérience, elle permet de pratiquer l'intervention la plus complète.

NOUVEAU DÉRIVÉ DE SYNTHÈSE

# N-OBLIVON

PSYCHO - SOMATO - PLÉGIQUE



## COUPE

L'EFFET DU STRESS ÉMOTIONNEL AU NIVEAU DE L'HYPOTHALAMUS

SYNDROMES SOMATIQUES DE L'ANXIÉTÉ

ANGOISSE  
APPRÉHENSION  
HYPERÉMOTIVITÉ

2 à 5 dragées par jour, en doses fractionnées

Tube de 30 dragées dosées à 0,10 g  
de Carbamate de méthyl-3 pentyne-1 ol-3

TOLÉRANCE PARFAITE - PAS DE SOMNOLENCE - PAS D'ACCOUTUMANCE

### LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE - PARIS (8<sup>e</sup>)

REPRÉSENTANTS AUX COLONIES :

ALGÉRIE : Société PÉLASMEX, 8, rue Ampère,  
ALGER

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française,  
8, passage du 7-Mai, TUNIS

MAROC : P. PÉLISSARD, 16, rue Dumant-  
d'Urville, CASABLANCA

INDOCHINE : Comptoir Pharmaceutique d'Ex-  
trême-Orient, 34, Bd Charner, SAIGON

MADAGASCAR : Office Pharmaceutique Malgache, Béhoririka, TANANARIVE



## Traumatisme du crâne et amnésie

par R. BENON (de Saumur),

*Ex-Médecin du Quartier des Maladies Mentales  
de l'Hospice Général de Nantes*

---

L'amnésie, à la suite de traumatisme du crâne (commotion, fracture), est un fait clinique immédiat, souvent parfaitement clair, mais aussi parfois, en cas d'association syndromique, obscur et difficile à interpréter. Cette amnésie a été observée dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, et auparavant sans doute (au XVI<sup>e</sup> siècle, auto-observation de Montaigne).

L'amnésie post-traumatique, dans sa forme commune, succède à des cas de commotion cérébrale avec ou sans fracture légère de la voûte plutôt qu'aux cas de fracture de la base (statistique à refaire). Il est possible que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, qui accompagne les fractures de la base, atténue l'intensité du fait commotionnel.

L'étude des phénomènes d'amnésie après les traumatismes du crâne conduit l'observateur à distinguer :

- 1) les faits d'amnésie post-traumatique typique classique : amnésie immédiate, épisodique et bénigne;
- 2) les faits d'amnésie post-traumatique qui sont accessoires, parce que associés à d'autres signes psychiques;
- 3) les faits d'amnésie post-traumatique chronique, lesquels créent des difficultés diagnostiques variées, non élucidées.

Les premiers suscitent des controverses délicates : les faits intellectuels constatés, si nets qu'ils soient, sont très singuliers du point de vue psychologique. La complexité des seconds reste phénomènes mentaux d'ordre presque inabordable. Quant aux faits d'amnésie à évolution chronique, ils ne sont pas aisés à classer, bien que, pour nous, réductibles à deux sortes d'affection mentale ou nerveuse.

1. *L'amnésie post-traumatique typique, classique : immédiate, épisodique, anodine.* — Cette amnésie post-traumatique typique suit immédiatement le traumatisme du crâne. Dans quelques cas, douteux, elle n'apparaîtrait que plusieurs heures ou jours après le trauma.

Cette amnésie a des caractères propres et elle est toujours épisodique et anodine. C'est une amnésie de fixation et d'évocation qui porte, d'une part, sur les faits postérieurs au traumatisme et d'autre part sur les faits antérieurs à ce traumatisme. Elle est de courte durée (quelques heures, quelques jours) et elle est limitée aux faits immédiatement postérieurs et antérieurs au traumatisme. Elle guérit intégralement.



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN  
14 bis. Rue Arago — TUNIS

Cette amnésie traumatique très spéciale, épisodique, a été dite par Jean-Martin CHARCOT amnésie antérograde post-traumatique et amnésie rétrograde post-traumatique. Image plaisante, mais image pure, simple métaphore, sans signification psychologique essentielle. L'amnésie antérograde, c'est l'amnésie qui « marche » en avant du traumatisme, qui s'étend sur les faits psychiques qui ont lieu après le traumatisme. L'amnésie rétrograde, c'est l'amnésie qui « marche » en arrière du traumatisme, qui porte sur les faits ayant précédé ce traumatisme.

L'amnésie antérograde de CHARCOT est exactement une amnésie de fixation ou de conservation et par suite une amnésie d'évocation ou de reproduction. Le patient n'a pas perdu connaissance ou bien celle-ci a été de courte durée. Ainsi il va et vient, cause volontiers, entretient la conversation vaguement, obscurément, et il ne garde aucun souvenir de ce qu'il fait ou dit. Il donne des renseignements confus, embrouillés sur ses antécédents (étude à refaire en détail). Il arrive aussi qu'il fabule ou se livre à de fausses reconnaissances. Il ne sait absolument rien de l'accident qu'il a subi. Cette amnésie de fixation post-traumatique peut durer plusieurs heures ou jours. Elle guérit constamment.

L'amnésie rétrograde post-traumatique de CHARCOT est une amnésie d'évocation ou de reproduction qui porte sur les faits qui ont précédé le traumatisme de quelques heures ou jours. Où le sujet était-il au moment de l'accident, exactement ? Que faisait-il ? Il ne le saura jamais. Lorsque quelques témoins lui donnent alors des détails, il les oublie aussitôt (amnésie de fixation).

Pas de délire, pas d'hallucinations, pas d'agitation émotionnelle, pas d'hypomanie, pas d'état obsédant, pas de crise nerveuse. Le sujet est-il atteint d'asthénie générale ? Question à revoir.

Evolution précise de cette amnésie : le retour à l'état normal a lieu en quelques heures, jours ou semaines.

2. *Autres faits d'amnésie post-traumatique, complexes, par associations syndromiques.* — On peut observer, après un traumatisme du crâne, des troubles amnésiques, toujours très complexes, qui diffèrent totalement de l'amnésie post-traumatique classique. Par exemple, ils succéderont à un état de confusion mentale inconsciente engendré par le traumatisme, en particulier chez un alcoolique chronique : il y a amnésie séquelle d'agnosie inconsciente. De même un délire post hallucinatoire, curable, et aussi un accès d'onirisme pathologique post-traumatique (rêve éveillé), peuvent être suivis de troubles amnésiques partiels. L'asthénie intellectuelle et musculaire post-traumatique s'accompagne aussi d'amnésie, mais jamais d'amnésie de fixation immédiate; amnésie seulement de reproduction et amnésie accessoire. Cette asthénie peut se compliquer de manie, non amnésique. En cas de crise épileptique post-traumatique suivie ou non de manie, troubles amnésiques encore possibles.



3. *Faits d'amnésie chronique post-traumatique.* — Sont à discuter ici la démence traumatique, l'amnésie chronique post-traumatique, l'asthénie chronique fonctionnelle post-traumatique, la psychose de KORSAKOFF post-traumatique. La démence traumatique, à ce jour, nous apparaît comme inexistante : la perte de la mémoire (le concret) n'est pas la perte des idées (l'abstrait). Quid de l'amnésie chronique avec ou sans agnosie, aphasie, apraxie ? Elle doit être rare et elle est à rattacher sans doute à l'asthénie chronique fonctionnelle post-traumatique, si commune, mais si variée comme formes. L'asthénie chronique fonctionnelle, déterminée par un traumatisme (asthénie intellectuelle et asthénie musculaire : l'une de va pas sans l'autre), s'accompagne de nombreux autres symptômes tels que céphalée, rachialgie, troubles gastro-intestinaux, étourdissements, insomnie, irritabilité, etc. Elle a été prise souvent pour la démence. Un examen attentif la met bientôt en relief. La psychose de KORSAKOFF post-traumatique (alcoolisme et névrites périphériques) est marquée au début par de l'asthénie puis le sujet passe de l'asthénie à la manie (joie exubérante).

#### R E S U M E

Il y a une amnésie post-traumatique typique : immédiate, épisodique et anodine. Cas clairs ou obscurs au point de vue psychologique. Les faits d'amnésie post-traumatique associés à de la confusion mentale inconsciente, à du délire, à de l'onirisme pathologique, à l'asthénie, à l'épilepsie, etc..., sont presque toujours la complexité même. Pas de démence traumatique. Amnésie chronique très rare si elle existe. Asthénie chronique fonctionnelle très commune. Psychose de KORSAKOFF exceptionnelle : appoint alcoolique. (1)

(1) Voir R. BENON, *Traité troubles psychiques post-traumatiques*, Paris, 1913.

INNOVATIONS  
**innothéra**  
 THÉRAPEUTIQUES

**SYMPATHYL**

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

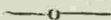
3 à 8 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - TUNIS

## Réflexions sur la présentation des textes dans les publications médicales

par Félix MASSELOT.



Les langues parlées, sont justement qualifiées de vivantes car elles se transforment et évoluent, en fonction du niveau économique et culturel des individus qui en font usage. Le langage, suivant la conception de PAVLOV, est un signal du deuxième degré, se résumant en une série de mots-signaux, permettant l'établissement de réflexes conditionnés, qui adaptent de mieux en mieux l'homme à son milieu et lui donnent même, sous certaines conditions, le pouvoir de le dominer partiellement. La langue reflète l'état du milieu. Celle qui est parlée aujourd'hui ne peut donc être identique au langage de Malherbe, voire à celui de Voltaire. Il ne s'ensuit pas, pour autant, qu'on soit autorisé à en arriver à ces sortes de logogripes, où se complaisent la jeune génération, des poètes et d'assez nombreux philosophes qui n'ont pas tous l'excuse de la jeunesse.

Voici, en exemple, une phrase extraite d'un article de Revue, signé du nom d'un très éminent philosophe : il s'agit de l'assaut que, suivant Heidegger, l'homme livre à ce qui le domine : « Tout cela suppose que précédemment a eu lieu une mise à distance réciproque (?) du logos et de la physis, qui va s'accroître au cours de l'histoire de la philosophie, et qui va aboutir au fait que le logos se fera juge de l'être, le juge de la physis ».

Ce cryptogramme se passe de commentaires. Que les philosophes, entre eux, utilisent ce jargon, rien de plus naturel, s'ils se comprennent, et je n'aurai pas l'irrévérence d'en douter, mais qu'ils nous servent ce galimatias, dans une revue non spécialisée, il y a là un manque de sens critique, (pour ne pas dire plus) difficilement concevable lorsqu'il s'agit d'éminents représentants de la pensée contemporaine.

Le directeur de la Revue en question, auquel je me plaignais de lire trop souvent, dans les articles publiés, des passages aussi peu limpides, m'a répondu qu'il le déplorait également mais que les personnalités auxquelles il était forcé de s'adresser, pour avoir des articles de valeur indiscutable, étaient d'une telle susceptibilité qu'ils n'acceptaient pas la moindre critique sur leurs écrits. Ce sont les écrivains en vue qui donnent le « la », si bien qu'à leur suite, nombre de folliculaires en mal d'articles, se croiraient déshonorés de parler la langue de tout le monde. Ainsi, l'obscurité, en littérature comme en philosophie, devient une mode à laquelle il est sacrifié d'autant plus allègrement, qu'elle permet parfois de dissimuler une regrettable absence d'idées claires sur le sujet et nonobstant, de remplir le nombre de pages de

*Pour  
tout déprimé,  
tout surmené,  
tout neurasthénique*



TOUJOURS ACTIVE  
JAMAIS NOCIVE



# NEVROSTHÉNINE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS.

TM



mandées, sans pour cela avoir besoin de recourir aux banalités et platitudes usuelles de remplissage.


Certes, les techniques, envahissantes exigent l'incorporation à la langue de termes de spécialité, dont certains deviennent mots d'usage courant; de même, la fréquence des échanges entre peuples et civilisations a pour corollaire l'adoption, dans le parler quotidien, de termes étrangers en nombre croissant. Il convient, pourtant, de n'abuser ni des uns ni des autres et de ne les utiliser que s'ils n'ont aucun équivalent dans la langue usuelle. Le parler savant n'est qu'une vanité injustifiable.

Trop souvent, malheureusement, cette réserve que commandent le bon goût et le bon sens n'est pas observée, et cela un peu partout. même chez nous, médecins, si bien que nous en arrivons parfois à ne plus nous comprendre, et à mériter les brocards du public, puisque nous donnons une nouvelle fois raison à Molière.

Si l'on songe, de plus, que les nomenclatures médicales sont souvent et complètement bouleversées (pas toujours d'ailleurs sous l'empire de la nécessité), on comprendra la phrase désabusée tombée des lèvres d'un vieux médecin de mes amis qui eût ses heures de célébrité : « Je ne lis plus les journaux médicaux, je ne comprends plus ce qui s'y imprime ».

On sait que, parmi les spécialistes, ce sont les endocrinologistes et les hématologistes qui battent le record de l'hermétisme. Quant aux psychiatres, ils se signalent à l'attention par le luxe de leur vocabulaire, chacun ayant d'ailleurs tendance à en avoir un personnel. C'est en effet une loi facilement vérifiable que, plus la matière est imprécise et plus le vocabulaire est riche, de même que l'abondance des méthodes thérapeutiques ne sert qu'à pallier l'absence d'un traitement efficace. Inconsciemment, chacun use de la puissance magique du mot, pour remédier à l'insuffisance ou à l'imprécision des connaissances. Le mot, qui a au moins un sens, même s'il ne représente rien, fait office de baume sur la plaie. Il finit par faire oublier son existence. Pourtant la science n'est-elle pas, comme on l'a dit, une langue bien faite, c'est-à-dire un langage de rigueur et de précision, d'où la brièveté et la clarté des bons exposés scientifiques ?

Depuis un quart de siècle, une révolution s'est opérée dans la technique littéraire. Elle a pour point de départ la parution de l'*Ulysse* de James JOYCE. Après lui, nous avons connu les V. WOLF, les FAULKNER, les DOS PASSOS, etc..., infiniment moins obscurs que JOYCE, mais qui procèdent un peu du même esprit (du moins est-ce ainsi que je le conçois). Chacun de ces auteurs a l'ambition d'appréhender le réel dans sa vérité, sans souci du style ni de la composition, car le langage, pour eux, n'a qu'une valeur d'expression. La grande affaire est de rendre la complexité de la vie, l'intrication des



*Nausées et vomissements*

PRÉVENTION ET TRAITEMENT

# STÉMÉTIL

6140 R.P. - Chloro-3 [méthyl-4'' pipérazinyl]-3' propyl ] - 10 phénothiazine  
COMPRIMÉS à 10 mg (flacons de 20) • SUPPOSITOIRES à 25 mg (boîtes de 5)

*Adultes*

A titre préventif : 1/2 à 2 comprimés  
A titre curatif : 3 comprimés ou 2 suppositoires par jour.

*Enfants*

(au-dessus de 2 ans)  
1 mg par kg de poids et par jour, en prises fractionnées  
par voie buccale.

AUTRES INDICATIONS

Migraines \* Céphalées \* Vertiges



SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE

RHÔNE



POULENC

INFORMATION MÉDICALE

28, COURS ALBERT 1<sup>er</sup> - PARIS 8<sup>e</sup> - BAL. 10-70  
BOITE POSTALE 490-06-PARIS 8<sup>e</sup>



événements petits et grands qui s'y déroulent, le mélange des sentiments, nobles et bas, des individus, solidaires et indissociables de leur ambiance matérielle, morale, et sociale. En somme, c'est l'histoire de l'homme, en situation, qu'il convient de tracer. Mais l'appétit de vérité de ces auteurs, et leur quête du réel, sont poussés jusqu'au paradoxe. C'est une chose de vivre et de se reconnaître dans la complexité du monde, mais c'en est une toute différente de reproduire dans un récit qui soit intelligible, cette vie telle qu'elle est, dans sa totalité.

Pour comprendre, il faut fixer artificiellement le mouvant, il faut aussi décomposer les synthèses en éléments, ce qui est tout le contraire de ces visions panoramiques recherchées. C'est pourquoi, si les auteurs non conformistes se tirent de justesse de leur entreprise, grâce à leur talent, leurs émules échouent lamentablement. Et même, il en est pour les ouvrages des maîtres de ce genre, comme des déjeuners à la fourchette : dans le brouet uniforme qui les dissimule, on se pique bien de temps à autre un morceau savoureux, mais la plupart du temps, on ne pêche que des débris insipides. L'existence, en effet, se compose de plus de choses insignifiantes que d'événements qui méritent de fixer l'attention. Force est de choisir quand on en fait le tableau.

Le succès, au moins de nouveauté, de tous ces non-conformistes n'a heureusement pas troublé la plupart des cervelles, seulement, il a porté un coup sensible aux règles de la composition, qui apparaissent de plus en plus comme archaïques, à la pureté du langage (le souci est de faire vrai, sans préoccupations esthétiques, cette vérité d'ailleurs n'étant qu'un pur concept variant avec chaque auteur). Dans cette perspective étroite, le langage, évidemment, n'est plus considéré pour sa valeur esthétique. Il n'est question que de rendre avec exactitude ce que l'on observe ou que l'on croit observer. Peu important alors les négligences de style, les vulgarités, voire les crudités à la MILLER, les barbarismes (parfois recherchés), les exposés invertébrés, tel cet Ulysse, dont la journée se traîne sur plus de huit cents pages.

Les médecins, qui sont de grands lecteurs, n'ont pas été sans ressentir le contre-coup de cette révolution littéraire, qui est venue évidemment mourir aux frontières de la technicité (encore que certains développements de la pathogénie ne soient pas sans analogie avec les rébus de la philosophie). Mais il n'empêche, que la liberté totale de composition, de style, et quelquefois l'irrespect de la grammaire des auteurs non-conformistes, font sentir leur action sur nous. Il n'y a pas à s'en étonner; en tous temps, l'atmosphère intellectuelle et morale a influencé les publications scientifiques. Il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à comparer les développements redondants du début du siècle (correspondant aux cours en habit et aux visites en redingote), aux exposés modernes (qui se ressentent de l'anonymat du veston professoral et de la plus grande familiarité des contacts).





# NICOSCORBINE

L A R O C H E - N A V A R R O N

**COMPRIMÉS**  
A 0,50 G.

POSOLOGIE MOYENNE:  
3 comprimés par jour

**LAROCHÉ-NAVARRON**

63, RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-55

PRODUIT NOUVEAU  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

**LEVURE lyophilisée GALLIER**

(Licence Sarebio)

**ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES**  
**TROUBLES DIGESTIFS**  
**TROUBLES NUTRITIONNELS**  
**STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS**

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS

SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

Malheureusement, il ne s'agit pas toujours et uniquement d'un renoncement à l'apprêt, aux effets, au conventionnel qui ne correspondent plus à la mentalité moderne (pas sur tous les terrains, hélas ! ..ainsi en politique...). Il existe aussi et souvent un dédain de la composition allant jusqu'au mépris de la forme (certains assimilant l'écriture scientifique au style des communiqués), ce qui est regrettable, car le sujet le plus ingrat peut intéresser s'il est convenablement présenté.

Heureusement, nous avons actuellement dans le domaine médical, quelques écrivains de premier plan de qui, tout ce qu'ils publient, se lit avec plaisir et fruit (le regretté RISR était du nombre). Nous possédons, à côté d'eux, une majorité d'écrivains compétents dont les présentations sont plus banales et le style plutôt incolore. Ils exigent du lecteur une plus grande attention et sont moins facilement compris et retenus.

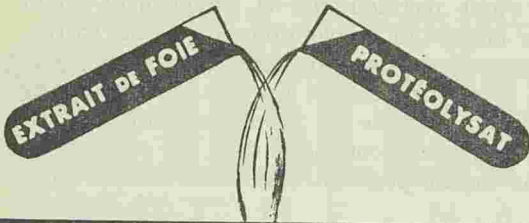
Reste une minorité à qui l'accès des périodiques devrait être refusé. Trop heureux de posséder un sujet (et tout leur est bon) à développer, ils l'épuisent, en ne nous épargnant ni les rappels historiques, ni leurs réflexions plus ou moins oiseuses. L'amande n'est rien à côté de l'écorce. Heureux encore si ces novices (car ils le sont souvent, en fait), n'ont pas truffé leur prose d'incorrections ou d'impropriétés de terme ou d'expressions défraîchies, telles que spectaculaires.

La critique est aisée, dit le proverbe. Sans doute, mais puisque l'art est difficile, que seuls affrontent ses périls ceux qui ont l'étoffe de l'écrivain et se sont préparés à le devenir. Le nombre de nos journaux et leur volume en seraient avantageusement réduits, pour notre bien à tous.

On comprend, dans ces conditions, que MAURIAC souhaite, dans les Sociétés Savantes, un censeur qui, tel la statue du Commandeur foudroierait le bavard (ce qui sera impossible tant que de médiocres publications serviront de titre dans les épreuves des concours).

Du moins, souhaitons que les bavards n'écorchent pas nos oreilles par leurs incorrections et ne lassent pas notre patience par leur proximité.

<b>PERUBORE</b> • COMPRIMÉS POUR <b>INHALATIONS ET GARGARISMES</b> Borate de Soude, Baume du Pérou, Essences balsamiques (sans Menthol)	POUR <b>CORYZAS, SINUSITES, LARYNGITES,</b> <b>TRACHEITES.</b>		TRAITEMENT DE
			<b>L'ENROUEMENT</b> PAR LE <b>SIROP ET LES PASTILLES</b>
<b>TOUX D'IRRITATIONS,</b> <b>TOUX REBELLES, ENTRETIEN DE LA VOIX</b>		<b>EUPHON</b>	
Laboratoires MAYOLY-SPINDLER - 16, Av. des Châteaupieds - RUEIL-MALMAISON (S.-et-O.)			



# PROTIGÉNYL

*ingérable  
pour  
nourrissons*



TROUBLES  
de la  
CROISSANCE

ANÉMIES - CARENCES

ALIMENTATION D'APPOINT  
DES NOURRISSONS  
DÉFICIENTS ET PRÉMATURÉS

Une ampoule (stérile)  
par 3 kg de poids corporel  
et par jour

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

TUNISIE : SPECIMEDHY - 37, Rue d'Isly - TUNIS



## BULLETIN DE L'ORDRE

Monsieur le Ministre des Affaires Sociales a bien voulu nous adresser la lettre suivante que nous portons à la connaissance de nos confrères, en insistant auprès d'eux sur son importance et son intérêt :

« Tunis, le 9 octobre 1956.

« Ministère des Affaires Sociales

à

Monsieur le Président du Conseil  
de l'Ordre des Médecins de Tunisie,

Tunis.

« Monsieur le Président,

« Pour permettre à mes services de contrôler plus efficacement  
« l'application de la législation sur les maladies professionnelles, j'ai  
« l'honneur de vous prier de bien vouloir inviter les médecins à dé-  
« clarer ces maladies à mon Ministère conformément aux prescriptions  
« de l'article 5 du décret du 18 février 1954 qui précise notamment :

« ...Est obligatoire pour tout docteur en médecine qui en peut con-  
« naître l'existence, la déclaration de toute maladie professionnelle  
« comprise dans les tableaux annexés au décret français du 31 décem-  
« bre 1946 tel qu'il a été modifié... ainsi que de toute autre maladie  
« qui présenterait à son avis un caractère professionnel. Cette décla-  
« ration indique la nature de la maladie, la nature de l'agent nocif à  
« l'actif duquel elle est attribuée, ainsi que la profession du malade. »

« L'observation de ces prescriptions présente pour mon Départe-  
« ment un intérêt certain. Je compte sur votre précieux concours pour  
« combler cette lacune.

« Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération  
« distinguée. »

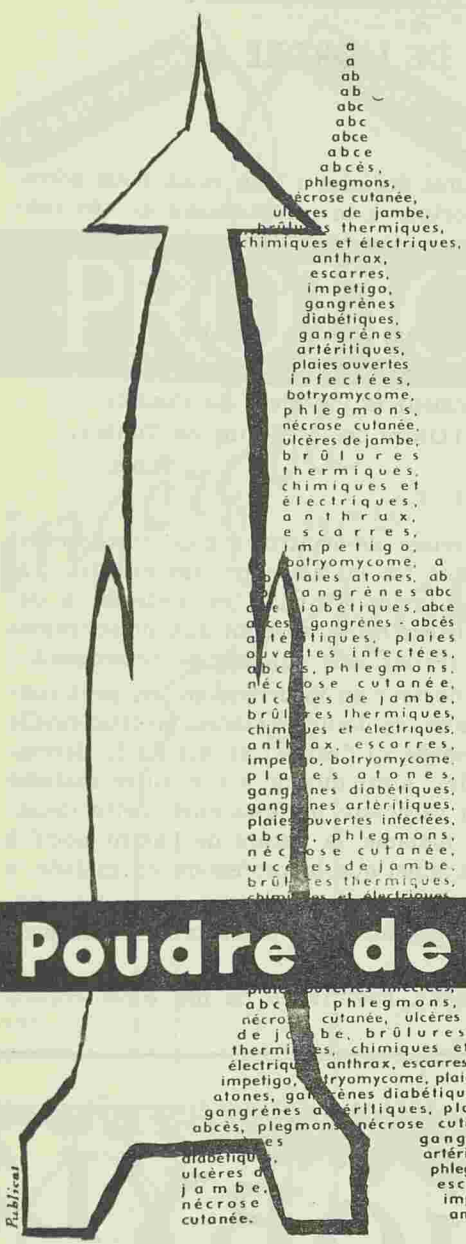
LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÈRA)

choline, papaine  
sels biliaires  
boldo

**EUCHOBYL**

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES



a  
 a  
 ab  
 ab  
 abc  
 abc  
 abce  
 abce  
 abcs,  
 abcés,  
 phlegmons,  
 nécrose cutanée,  
 ulcères de jambe,  
 brûlures thermiques,  
 chimiques et électriques,  
 anthrax,  
 escarres,  
 impetigo,  
 gangrènes  
 diabétiques,  
 gangrènes  
 artérielles,  
 plaies ouvertes  
 infectées,  
 botryomycome,  
 phlegmons,  
 nécrose cutanée,  
 ulcères de jambe,  
 brûlures  
 thermiques,  
 chimiques et  
 électriques,  
 anthrax,  
 escarres,  
 impetigo,  
 botryomycome, a  
 plaies atones, ab  
 gangrènes abc  
 diabétiques, abc  
 gangrènes - abcés  
 artérielles, plaies  
 ouvertes infectées,  
 abcés, phlegmons,  
 nécrose cutanée,  
 ulcères de jambe,  
 brûlures thermiques,  
 chimiques et électriques,  
 anthrax, escarres,  
 impetigo, botryomycome,  
 plaies atones,  
 gangrènes diabétiques,  
 gangrènes artérielles,  
 plaies ouvertes infectées,  
 abcés, phlegmons,  
 nécrose cutanée,  
 ulcères de jambe,  
 brûlures thermiques,  
 chimiques et électriques

**le**  
**détergent**  
**SÉLECTIF**  
**des plaies**  
**infectées**

Boite : 1 g de Poudre de Trypsine  
 (conditionnement spécial pour pulvérisations)  
 S.S. A.M.G. COLL. A.P. (540 frs)

**Poudre de trypsine**

plaies ouvertes infectées,  
 abcés, phlegmons,  
 nécrose cutanée, ulcères  
 de jambe, brûlures  
 thermiques, chimiques et  
 électriques, anthrax, escarres,  
 impetigo, botryomycome, plaies  
 atones, gangrènes diabétiques,  
 gangrènes artérielles, plaies  
 abcés, phlegmons, nécrose cutanée,  
 ulcères de jambe,  
 brûlures thermiques,  
 chimiques et électriques,  
 anthrax, escarres,  
 impetigo, botryomycome, plaies  
 atones, gangrènes diabétiques,  
 gangrènes artérielles, plaies  
 abcés, phlegmons, nécrose cutanée,  
 ulcères de jambe,  
 brûlures thermiques,  
 chimiques et électriques

LABORATOIRE  Paris (16<sup>e</sup>)  
 48, Av. Th. Gautier

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

## Journées Scientifiques de Médecine Préventive et Sociale

Vichy, 2 au 5 septembre 1955.

Du 2 au 5 septembre 1955 ont eu lieu à Vichy les Journées Scientifiques organisées par la Société Française de Médecine Préventive et Sociale sous la Présidence de M. le Docteur AUJOLAT, Ancien Ministre de la Santé Publique et de la Population, Ancien Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

Plus de 400 participants se sont réunis, venus des grandes villes de France, de l'Union Française et de neuf pays étrangers : Médecins de la Santé Publique, de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, Médecins-Conseils de la Sécurité Sociale et de la Mutualité Agricole, Médecins du Travail, des Dispensaires d'Hygiène Publique, des Hôpitaux Psychiatriques, de Sanatoria, etc...

La Société Française de Médecine Préventive et Sociale a été fondée en 1953 par des Médecins Sociaux de différentes catégories qui se proposent d'améliorer et d'étendre les rapports existants entre les diverses disciplines de la Médecine Préventive et Sociale, d'en perfectionner la doctrine et l'application par la mise en commun des travaux, des recherches et de l'expérience de chacun.

Au cours de ces Journées de septembre 1955 ont été étudiés un certain nombre de problèmes concernant les diverses modalités du **dépistage précoce des maladies en Médecine Sociale**.

Le Professeur Victor RAYMOND, Président de la Société, dans son allocution, rappelle les progrès réalisés par la Société dans tous les domaines et notamment dans les liaisons entre les différentes disciplines médico-sociales, soit au cours de voyages d'études tel que celui réalisé en Alsace, soit au cours de différentes manifestations et le Professeur RAYMOND conclut : « Nous estimons fécondes et indispensables l'union et la liaison des médecins sociaux de toutes les disciplines, ce qui est le but de notre Société ».

**« La Médecine Préventive et Sociale ne mérite pas d'être reléguée au rang de spécialisation mineure. »**

Présidant la séance inaugurale des Journées Scientifiques, le Docteur AUJOLAT a précisé ses vues sur la Médecine Préventive :

« La Médecine Préventive et Sociale ne mérite pas d'être reléguée au rang de spécialisation mineure. Elle est rendue indispensable par les bouleversements intervenus dans les structures de notre Société moderne qui ne permettent plus aux médecins de famille de faire face



à tous les besoins de l'individu de plus en plus tributaire de son milieu de vie.

La Médecine Préventive et Sociale ne doit pas être considérée davantage comme une sorte de dévalorisation de la Médecine et des Médecins, contrairement au préjugé qui, en France, veut que l'acte médical perde automatiquement de sa valeur à partir du moment où il est exercé sous le régime d'une rémunération forfaitaire ou dans le cadre d'une collectivité. En réalité, la Médecine Sociale Préventive peut aller plus loin que la Médecine classique dans le respect, la connaissance de la personne et par conséquent dans la valeur du contact singulier.

De plus, elle bénéficie d'une portée grandissante dans l'évolution actuelle du monde : « en s'attaquant résolument au devenir de l'homme sain et à toutes les menaces qui peuvent peser sur lui du fait de sa vie en Société, la Médecine Préventive et Sociale a ouvert une voie riche de promesses ».

Il y aurait intérêt à orienter davantage les études médicales vers un enseignement plus pratiquement social :

« Il s'agirait au contraire de reprendre à partir de la base toute l'éducation de l'étudiant non plus seulement pour le préparer à affronter l'individu malade dans le colloque d'un cabinet, mais pour le rendre capable d'aborder l'homme total replacé dans son milieu de vie. »

Et le Docteur AUJOULAT termine en exaltant les Médecins Sociaux :

« Aujourd'hui ignorés et peut-être regardés avec quelque compassion par des confrères qui brillent au sein d'une discipline traditionnelle » et en les assurant qu'ils ne font plus « seulement figure de précurseurs, mais de sauveurs. »

#### **Une Séance Spéciale a été réservée aux exposés des Médecins Etrangers**

**sur l'organisation de la Médecine Préventive et Sociale dans leurs pays**

Elle débute par le rapport très documenté de Mlle le Docteur Albertine WINNER désignée à cet effet par la Direction du Service National de Santé de Grande-Bretagne, sur : « La Structure générale du Service National de Santé Britannique — Sa contribution au dépistage précoce et à la prévention des maladies. »

Sur ce rapport, différentes interventions ont été faites par le Docteur FÉVRIER, Médecin-Conseil de la Sécurité Sociale; le Docteur FICHELE, Médecin Régional d'E.D.F. (Lille); le Docteur CHOFFE.

Le Professeur CORUZZI, Commissario Straordinario de la Société Italienne de Médecine Sociale, apporte à tous ses collègues français et étrangers, le salut de la Société Italienne de Médecine Sociale. Il souhaite que les liens spirituels et culturels qui unissent l'Italie et la France se resserrent encore plus dans l'avenir pour mener à bien la prévention tendant au bien-être physique et moral des peuples de cette Europe trop tourmentée et souffrante. Notre marche en avant et nos conquêtes communes devront avoir et auront comme devise : « Bien-être et Paix ».

Le Docteur Théo MARTI, Privat Docent à l'Université de Genève, Président de la Société Suisse de Médecine Sociale évoque ensuite le **dépistage précoce des maladies sociales en Suisse.**

Le Professeur PIGA (Madrid), Instituto Nacional de Medicina Y Seguridad del Trabajo, trace en quelques mots la structure de la Médecine Sociale en Espagne.

Le Docteur RAÏS, Chef de l'Inspection Administrative et Technique au Ministère de la Santé Publique du Liban, à Beyrouth, citant un vieux proverbe de son pays : « Un gramme de prévention vaut un quintal de soins », exprime sa satisfaction de se trouver parmi les membres d'un Congrès d'un intérêt aussi immédiat. En quelques lignes, il relate les difficultés rencontrées au Liban, pays montagneux par excellence, pour l'extension de la Médecine Sociale.

Puis, le Docteur Jérôme DEJARDIN, Médecin en Chef, Directeur du Fonds National Maladie-Invalidité en Belgique, expose l'organisation Médico-Sociale Belge.

Le Docteur Mohamed Ali BORHAN, Haut Conseiller du Ministre de la Santé Publique de l'Iran à Téhéran, rend tout d'abord hommage aux médecins français qui ont assisté à maintes reprises les services médicaux de l'Iran — édification de la Faculté de Médecine, direction des Hôpitaux, etc... —, il énumère, ensuite, les différents services de la Médecine Préventive et Sociale dans son pays.

Enfin, le Docteur HAMLIN, M.D., P.P.H., L.L.B., Directeur de la Santé Publique à Brooklyn (Massachusetts), Professeur Adjoint à Harvard University Cambridge, représentant de l'American Public Health Association, dans un exposé extrêmement documenté, traduit par le Docteur GOLSE, souligne les grandes lignes de la Médecine Sociale de son pays.

Les Journées ont abordé ensuite les différents exposés prévus au programme :

HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
"ROCHE"

9 = 1  
*vitamines* *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).*

*Au delà de 2 ans : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.*

Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).

PRODUITS "ROCHE" S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS - 4<sup>e</sup>



« Le dépistage précoce, facteur de bien-être individuel  
et d'équilibre social »,

par le Dr R. BARTHE (Paris),  
Médecin-Chef de l'Electricité de France,  
Vice-Président de la Société Française de Médecine  
Préventive et Sociale

— 0 —

L'orateur met en évidence le fait qu'une bonne prévention individuelle de la maladie apporte sa contribution au bonheur familial et diminue les charges du système de Sécurité Sociale et des lois d'Aide Sociale.

Dans le très vaste domaine de la prévention, le dépistage précoce tient une place essentielle. Or, son efficacité dépend d'une double condition :

- son organisation doit être située à l'échelon des collectivités, afin que les examens puissent être systématiques et porter sur un grand nombre de personnes;
- son équipement doit être moderne et adapté à la découverte des stades précliniques.

Du point de vue scientifique, la recherche des signes inapparents est une des plus fécondes orientations de la médecine moderne. Le Professeur René LERICHE a lui-même insisté sur cette direction dans son discours inaugural du Cinquantenaire de la Société Internationale de Clinique :

« Nous devons comprendre que la phase clinique n'est d'habitude qu'une phase terminale, la maladie se jouant d'abord, toutes lumières éteintes, dans la nuit silencieuse des tissus. C'est à cette pathologie obscure qu'il faut aller. »

On admire la vigueur de cette image, que le Congrès s'honore de placer en tête de ses travaux.

Afin d'appuyer l'intérêt social du dépistage précoce sur des faits tirés de l'expérience en acte, un exemple concret est pris dans la « Médecine du Travail » dont la France a vu naître et progresser la doctrine préventive depuis plus d'un quart de siècle.

Le dépistage précoce des maladies professionnelles est au départ, puis l'on assiste, sans abandonner ce côté hautement spécialisé, à l'organisation du dépistage précoce des grandes maladies sociales, parmi lesquelles les principales : tuberculose pulmonaire, cancer, rhumatisme, alcoolisme...

Cette généralisation a déjà porté ses fruits. Les obligations promulguées par la loi du 16 octobre 1946 et son décret d'application constituent une des plus saines acquisitions sociales de ces dernières années. Elles tendent à favoriser le bien-être individuel des travailleurs. Elles augmentent les chances de l'équilibre social. Elles prennent part à l'éducation nouvelle et au développement de la vertu de prudence que constitue la prévention.

Cet exemple ne sert que d'introduction à la présentation de tous les aspects du dépistage précoce, dans tous les types de collectivités et de populations.

Puis le Docteur AUJOULAT présente quelques particularités de dépistage précoce dans les territoires d'Outre-Mer.

Il décrit les difficultés du dépistage des maladies en Afrique Noire. Nul, mieux que lui, pionnier de la Médecine en Afrique n'était à même d'exalter l'œuvre magnifique accomplie par les médecins français dans nos territoires d'Outre-Mer.

Grâce à la construction d'hôpitaux modernes tels que ceux qu'il a créés au Cameroun, à la formation d'équipes sanitaires ambulantes, les résultats obtenus par une recherche systématique des affections coloniales ou vénériennes sont si rapides et si complets qu'ils ont abaissé le taux de mortalité et même de morbidité dans des proportions insoupçonnées. Ils ont fait disparaître une grande partie des fléaux qui décimaient des populations entières et rendaient presque inhabitables certains territoires.

#### « Dépistage précoce et Santé Publique »,

par le D<sup>r</sup> VIETTE (Orléans),

Médecin-Inspecteur Divisionnaire de la Santé

— o —

Le rapporteur expose qu'en raison de la multiplicité des disciplines auxquelles appartiennent les différents membres de la Société de Médecine Préventive et Sociale, le dépistage précoce qu'ils pratiquent concerne des catégories humaines différentes. Quelles que soient ses variétés, celui-ci constitue un élément précieux de l'ensemble de la protection de la Santé Publique, mission essentielle des médecins-inspecteurs de la Santé. Leur rôle en manière d'épidémiologie est le mieux connu; il concerne l'ensemble de la lutte contre les fléaux sociaux.

A la suite d'exemples concrets et avec le recul d'un certain nombre d'années, il conclut à la nécessité d'une coordination des efforts des médecins des divers services pratiquant le dépistage précoce pour que celui-ci donne des résultats qui puissent être efficacement exploités, que ce soit dans la lutte contre la tuberculose, la mortalité infantile, le cancer ou dans le dépistage des maladies physiques ou mentales des enfants d'âge scolaire, etc..



# EVONYL

CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

*Laxatif Doux*

ASSOCIATION PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE :

*Evonymine, Fucus, Agar-Agar, Podophyllin, Extraits biliaires*

**STIMULE LES FONCTIONS HÉPATIQUES  
ET LE PÉRISTALTISME INTESTINAL**

**PRÉSENTATION**

Boîte de 60 comprimés  
(dragéifiés)

**POSOLOGIE**

1 dragée aux 2 principaux  
repas ou 2 dragées le soir

LABORATOIRES FLUXINE · PRODUITS BONTHOUX · VILLEFRANCHE (RHÔNE)

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE - 8, Passage du 7 Mai



Il estime que les médecins doivent avoir la possibilité de pratiquer gratuitement tous les examens concourant au dépistage et, en particulier, les examens biologiques.

Dans ce but, toutes les ressources médico-sociales dont ils disposent devraient pouvoir être mises en commun afin d'assurer efficacement la protection de la santé de tous avec le maximum d'économie et d'efficacité.

Différentes interventions sont faites à la suite de ce rapport.

**« Nouveaux aspects du dépistage précoce en épidémiologie »,**

par le D<sup>r</sup> PETIT-MAIRE (Paris),  
Secrétaire Général de l'Ecole Nationale  
de la Santé Publique

—o—

Jusqu'il y a quelques années, l'épidémiologie était limitée à l'étude des facteurs conditionnant les manifestations extensives des maladies contagieuses.

On considère actuellement que le domaine de cette science ne doit plus être limité aux maladies infectieuses, mais s'étendre à toutes les affections qui atteignent de larges groupes de la population : cancer, rhumatismes, affections cardio-vasculaires, troubles mentaux, traumatismes, maladies et états physiologiques propres aux gens âgés.

L'extension de la méthode épidémiologique à ces différentes causes de mortalité, morbidité ou invalidité, nécessite une liaison étroite et permanente des différents services de médecine préventive et sociale — entre eux et avec la médecine de soins — et des travaux en équipes groupant tous les techniciens de l'action sanitaire et sociale.

**« Aspects psychologiques de moyens à mettre en œuvre  
en vue d'un dépistage précoce »,**

par le D<sup>r</sup> PELLETIER (Paris)

—o—

La précocité d'un dépistage se heurte à des difficultés d'ordres divers : insuffisance des moyens matériels, imperfection des liaisons, retard dans l'action entreprise dû à l'incompréhension, à la négligence ou à l'ignorance des malades.

Il appartient aux médecins de savoir convaincre les autorités responsables de la nécessité de certaines dépenses, de leur « rentabilité ». Eux seuls peuvent le faire avec des arguments de valeur.

Il leur appartient d'assouplir les liaisons entre les Services médico-sociaux, de conserver une place d'honneur au médecin traitant librement choisi par le malade, d'organiser entre les services de dépistage et le médecin traitant une collaboration faite de confiance réciproque, dénuée de jalousie et d'intérêt.

C'est encore les médecins qui participeront à l'Education sanitaire collective et individuelle et sauront « perdre leur temps » à expliquer, à persuader par des conversations patientes et dévouées.

Aidés par les Services Sociaux, ils convaincront, ils obtiendront des moyens d'action et des résultats, s'ils ont la volonté d'aboutir.

A la base de la précocité du dépistage, il y a donc bien un effort psychologique commandant le comportement du médecin à l'égard de la Société en général et du malade en particulier.

« Responsabilité médicale actuelle et dépistage précoce »,

par le Dr ANDRÉANI (Toulon),

Médecin-Conseil de la Sécurité Sociale

---

Le dépistage précoce ne fait l'objet d'aucune définition officielle. Comment envisager une discussion scientifique, de portée sociale, à partir d'un sujet non précisé ? Une telle définition relève de la seule compétence médicale; elle fait partie de l'engagement humaniste du médecin. Cela justifie de considérer le problème sous son aspect de principe.

Tout d'abord, que faut-il entendre par dépistage précoce à l'heure scientifique actuelle ? Fondamentalement, le dépistage précoce s'intègre au problème posé à l'homme par la vie. Il est l'ultime recours contre la souffrance lorsque la prévention de celle-ci a échoué. Il n'a de sens que comme repérage rapide des causes de la souffrance en cas d'échec de la prévention. Il en est inséparable. Il est indéfinissable sans définition de la prévention; comme celle-ci est indéfinissable sans définition de la souffrance.

Comment définir objectivement la souffrance sans l'identifier à l'événement défavorable auquel elle est systématiquement liée dans le cours de la vie. La représentation elle-même de la vie ne saurait être qu'une figuration symbolique. Suivant la conception biologique actuelle, l'être humain se présente comme un assemblage qui, en raison de sa structure et du mouvement périodique universel, se comporte avec une partielle mais constante personnalité.

Considéré isolément, ce comportement représente les réactions de la conscience qui sont à chaque instant fonction à la fois de l'état pré-

sent de l'organisme et de l'avenir possible de cet organisme. La souffrance correspond à la détérioration de l'organisme ou à une menace de détérioration. La prévention n'a de sens qu'en tant que prévention de la souffrance psycho-somatique. Le dépistage précoce n'a de sens qu'en cas d'échec de la prévention ainsi envisagée.

« **Dépistage précoce de la Sidérose** »,

par le Dr MEYABAT (Arras),

Médecin-Conseil de la Sécurité Sociale



La sidérose, affection peu connue et cependant assez répandue, se rencontre chez les ouvriers soudeurs et principalement chez ceux travaillant en « vase clos ».

C'est une pneumoconiose due à l'inhalation prolongée des poussières nocives de fer.

Comme pour toutes les pneumoconioses, ne fait pas qui veut de la sidérose, pour cela il faut un certain nombre de conditions : susceptibilité individuelle, temps d'exposition aux poussières, etc...

Fait capital, cette affection n'est pas sclérogène. Tout se passe comme si la présence de fer sous forme d'hémosidérine restait au niveau des alvéoles comme un dépôt inerte sans provoquer de réaction péri-focale.

Cette affection se manifeste cliniquement par des signes banaux non caractéristiques d'inflammation bronchique accompagnée de céphalées tenaces. Tous les examens de laboratoire sont négatifs : crachats, V. S., Spirométrie.

La clef du diagnostic est fournie par la radiologie. La radioscopie ne montre qu'une grisaille des champs pulmonaires dans les cas typiques. Au moindre doute, une radiographie pulmonaire doit être pratiquée. L'image radiologique peut se diviser en trois types suivant l'évolution de l'affection.

- 1° Accentuation en largeur du pinceautage broncho-vasculaire inférieur;
- 2° Aspect réticulo-granité de la trame;
- 3° Image typique représentée par un essaimage de micro-nodules en forme de « grains de chapelet ».

Une remarque très importante consiste dans le fait que les images radiologiques s'atténuent et disparaissent si l'on enlève le soudeur de son poste insalubre, insalubrité due surtout à une mauvaise ventilation d'où l'utilité du dépistage précoce qui ne peut être que radiologique.



# BOLDINE HOUDÉ

GRANULES  
TITRÉS  
à 1 milligramme



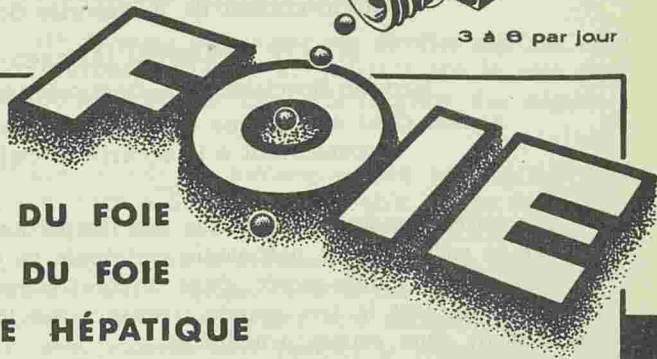
3 à 6 par jour

LITHIASIS  
BILIAIRE

CONGESTION DU FOIE

HYPERTROPHIE DU FOIE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE



Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

**NEURINASE**  
SOLUTION . COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES  
*amorce le  
sommeil naturel*  
VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

*Nouvelle Forme:  
Suppositoires*

**ALEPSAL**  
COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES  
PHÉNOBARBITAL . BELLADONE STABILISÉE . CAFÉÏNE  
10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1½ Cg. DYSTONIES  
*simple, sûr, sans danger*

Remboursés Sécurité Sociale

LAB. GÉNÉVRIER  
45, Rue Michelis  
NEUILLY-PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

« Intérêt du dépistage précoce des lésions et malformations congénitales ou acquises du rachis dorso-lombaire »,

par le D<sup>r</sup> L. MARIN (Avignon),  
Médecin-Conseil de la Sécurité Sociale,

et le D<sup>r</sup> GODLEWSKI (Avignon),  
Médecin-Spécialiste de Gastro-Entérologie,  
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Montpellier,  
Consultant à la Sécurité Sociale



Les auteurs attirent l'attention sur l'importance en médecine préventive et sociale de la pathologie vertébrale et plus particulièrement de la charnière lombo-sacrée. Dans un bref rappel des travaux effectués, ils montrent la très grande fréquence des lombalgies et leur reconnaissent deux causes principales :

- le traumatisme ou l'effort qui a un rôle déclenchant;
- l'anomalie congénitale ou acquise, fragilisant la colonne qui a un rôle prédisposant.

Après un bref rappel pathogénique, ils montrent le mécanisme habituel de ces lombalgies, qui sont le plus souvent le résultat de facteurs déclenchants minimes et, insuffisants à eux seuls à expliquer la lésion. Ils font une courte revue des principales anomalies pré-existantes et concluent à la nécessité de sélection avec examen systématique à l'embauche. Dans certains cas ou à l'occasion des premiers symptômes, ils demandent une thérapeutique logique et rationnelle immédiatement appliquée et attirent l'attention sur la nécessité qu'il y a à maintenir toujours une musculature solide (danger des immobilisations trop rigides et trop prolongées).

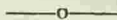
Ils signalent le côté psychologique du problème et la nécessité de la rééducation rapide.

En terminant, ils rappellent l'extraordinaire richesse documentaire des fiches et dossiers de la Sécurité Sociale et souhaitent qu'une exploitation rationnelle en soit organisée.

« Dépistage précoce dans le cadre de la Sécurité Sociale »,

par les D<sup>rs</sup> DESANTI (Marseille), MIRAULT (Paris)

BRUHAT (Clermont-Fd),  
Médecins-Conseils de la Sécurité Sociale



Les auteurs examinent tout d'abord les principes généraux conditionnant le dépistage précoce en Sécurité Sociale. Ils les classent sous trois rubriques :

- dépistage et diagnostic;
- dépistage et prévention;
- dépistage et protection sanitaire générale.

Ils soulignent à cette occasion les connexions étroites existant entre le dépistage et le diagnostic précoce et insistent sur le rôle que joue et doit jouer la Sécurité Sociale dans l'orientation des dépistages.

Pour les rapporteurs, le rôle du médecin-conseil est capital. S'il ne peut pousser seul son examen de dépistage, — qu'il pourra tout aussi bien pratiquer par le contrôle que par l'examen systématique, — jusqu'à son complet développement, il demandera l'avis de spécialistes formant l'équipe médicale. Cette équipe, centrée sur le médecin-conseil, sans être pléthorique, devra cependant être suffisamment étendue pour que ses membres puissent faire profiter la technique du dépistage de tous les progrès de la science médicale. Cette équipe médicale devra avoir à sa disposition des méthodes de travail, du matériel médical, un secrétariat et des locaux adaptés à la mission qu'elle aura à remplir.

Envisageant les limites du dépistage, les auteurs pensent que des règles essentielles s'imposent. Elles peuvent être schématisées en trois points :

— Ne retenir que ce qui est important, le dépistage précoce n'ayant d'intérêt que s'il permet le traitement efficace d'une affection qui, sans lui, risquerait de devenir rapidement grave et de ne pas réagir à la thérapeutique;

— Ne pas pratiquer ou ne pas faire pratiquer certains examens sans le consentement formel du malade et de son médecin-traitant;

— Ne pas déborder le cadre de l'action des organismes de Sécurité Sociale.

Dans une troisième partie, et à titre d'exemples, l'étude présentée ne pouvant être limitative et ne prétendant pas à être complète, sont étudiées deux réalisations types donnant d'excellents résultats et relevant de deux conceptions très éloignées : le Centre Médical Régional de Clermont-Fd et les Centres d'Examens, de Santé de la Caisse Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne. En annexe, sont intégrés les tableaux statistiques complets des dépistages pratiqués dans ces deux organisations.

En conclusion, les rapporteurs insistent tout particulièrement sur la nécessité de création de centres médicaux bien équipés et bien conçus, en vue de réaliser le diagnostic précoce et, par ce fait même, le dépistage valable.



## « Le dépistage précoce et ses conséquences en Phtisiologie »,

par le D<sup>r</sup> ROUSSEAU (Nantes),

Médecin des Dispensaires Antituberculeux

et le D<sup>r</sup> GOUSSE (Mauves-sur-Loire),

Médecin-Directeur de Sanatorium

—o—

Le dépistage précoce de la tuberculose, au stade de la primo-infection comme au stade de la phtisie, paraît aisé; pourtant, l'ignorance des individus, l'indifférence des pouvoirs publics, le retardent trop souvent.

Au stade primaire, il faut rechercher l'apparition des réactions tuberculiques. Chez le nourrisson et l'enfant du premier âge, c'est généralement une pratique individuelle de la médecine familiale. A six ans, et pendant les études du premier degré, le médecin scolaire fait cette recherche de façon systématique.

L'apparition d'une réaction tuberculique impose deux obligations :

1° L'examen radiologique, qui montre, dans quelques cas, l'atteinte ganglionnaire ou ganglio-pulmonaire;

2° La recherche de l'agent contaminateur, enquête qui doit être confiée au dispensaire et suppose la déclaration obligatoire de la lésion tuberculeuse primaire.

Dans l'enseignement du second degré, l'Inspection Médicale Scolaire ne connaît que les établissements publics; on regrette qu'elle ignore l'enseignement privé.

Au cours de leur apprentissage professionnel, les futurs ouvriers bénéficient de la surveillance de la Médecine du Travail.

La profession agricole n'a aucune organisation de cette même Médecine du Travail; il convient de la prévoir.

Enfin, la Médecine Militaire concourt, pour sa part, au dépistage précoce de la primo-infection tuberculeuse chez les jeunes recrues.

Pour le dépistage précoce de la phtisie commune, on étudie l'activité d'une organisation de la Médecine du Travail dans la région nantaise.

Quinze mille personnes ont été examinées en 1951, 1952, 1953 par radioscopie.

— Cent cinquante-huit cas de tuberculose caractérisée ont été relevés : 55 lésions discrètes du sommet droit, 12 à gauche, 14 bilatérales.

# SEDOL SUPPOSEDOL

*Sédatif*

*Analgésique*

*Hypnotique*

*Pré-Anesthésique*



Paris

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet

— Trente-huit cas de lésions excavées récentes. Restent 24 cas de tuberculose bilatérale excavée, sévère, où il ne s'agit plus de dépistage précoce.

De nombreux malades ont pu reprendre leur travail, un grand nombre dans leur ancienne entreprise, grâce à la bonne volonté des employeurs et sont restés sous surveillance radiologique stricte — on se montre très sévère quant à l'autorisation de reprise du travail, ce qui n'est pas toujours le cas du médecin traitant.

Le service fait désormais partie de la vie des entreprises et connaît un succès certain.

D'autre part, sont étudiés cinq cents dossiers du sanatorium pour femmes de la Loire-Inférieure, en fonction du dépistage précoce des malades hospitalisés — 187 malades paraissent avoir été dépistées précocement : 48 au cours d'examens systématiques, les autres par diagnostic du médecin traitant dans ce dernier lot de 139 malades, 45 hémoptysies, c'est une proportion très importante. Viennent ensuite la fatigue, la toux, les douleurs thoraciques, etc...

Sur ces 187 malades, 119 ont quitté le sanatorium guéries ou stabilisées 42 y sont encore en traitement et vont bien, 30 ont évolué, 6 sont décédées.

L'examen radiologique systématique est encore ignoré des populations rurales.

L'examen individuel par le médecin traitant pêche encore trop souvent par excès ou par défaut.

**« Dépistage précoce des principales affections observées  
en milieu universitaire »,**

par le D<sup>r</sup> LACOURBE (Paris),  
Médecin-Directeur de l'Hôpital de la Cité Universitaire

—o—

La M.P.U. examine les étudiants de l'enseignement supérieur. Chaque année, 100.000 étudiants environ subissent un examen médical comportant obligatoirement la recherche de la tuberculose pulmonaire et plusieurs milliers sont l'objet d'investigations cliniques ou para-cliniques diverses :

**Le dépistage de la tuberculose pulmonaire fait apparaître que :**

- l'on découvre chaque année un nombre à peu près constant de tuberculoses pulmonaires ignorées et évolutives de 5 %;
- les services de Médecine Préventive ne détectent que 50 % des étudiants admis par les sanas;
- l'indice de morbidité est plus élevé chez les étudiants que dans l'ensemble de la population;



— 40 % environ des étudiants ont un test tuberculinique négatif.

A noter qu'une expérience à la Cité Universitaire de Paris a permis de montrer que : le dépistage radioscopique laisse passer 30 % des anomalies tuberculeuses, alors que le dépistage radiophotographique ne laisse passer que 10 à 15 % de ces anomalies.

**Examens cliniques systématiques.** — Ils sont difficiles à organiser, en raison du grand nombre de ces examens, du calendrier universitaire qui ne laisse que 100 jours par an, du temps et du personnel compétent nécessaires.

Ces difficultés sont regrettables, car l'examen clinique du médecin « humanise » l'acte très impersonnel qu'est l'examen de la Médecine Préventive.

A défaut d'un examen clinique, il semble important d'entreprendre trois ordres d'investigations :

- a) chez les étudiants originaires des pays tropicaux en particulier, numération des éosinophiles et recherches des parasites;
- b) chez tous, la recherche des troubles de la statique, des malformations et des attitudes vicieuses;
- c) le dépistage très délicat des causes favorisant le développement de la maladie de Bouillaud, il manque encore un test applicable en grande série.

Quant aux problèmes des affections psychiatriques, il ne semble pas que l'on puisse prétendre dépister aussi précocement qu'il serait désirable les troubles mentaux.

« Le dépistage précoce en milieu agricole »,

par les D<sup>rs</sup> BRASSIER (Paris), KERSALÉ (Nantes),

FABRE DE MORLHON (Nîmes),

Médecins-Conseils de la Mutualité Agricole

---

Dans un rapport très documenté, les auteurs soulignent la précarité des moyens de prévention en milieu agricole. Or, il s'agit d'une fraction importante de la nation : population strictement agricole, 8 millions environ, dont la majorité est constituée de petits exploitants qui ne sont pas soumis à un régime d'assurances sociales obligatoire. Son état sanitaire est moins bon que celui des milieux urbains comme en témoigne le nombre et parfois la gravité des cas de tuberculose ou d'affections liées à l'alcoolisme chronique.

Il faut donc créer ou compléter la réglementation de la prévention en prenant en particulier l'arrêté prévu à l'article 25 du décret du 21 septembre 1950 concernant les assurances sociales agricoles.

Celui-ci permettrait l'organisation d'examen de santé périodiques dont bénéficient déjà les assurés du régime général. En outre, la promotion d'une Médecine du Travail Agricole s'impose.

L'organisation du dépistage précoce en milieu agricole nécessite l'intervention et la collaboration de la Mutualité Sociale Agricole, des Services d'Hygiène Sociale et d'Hygiène Scolaire, des Médecins Ruraux, de certains spécialistes et d'un Service Social Rural plus important.

L'Association de Médecine Rurale pourrait faire une étude préalable fixant les besoins et les modalités de ce programme préventif.

**« L'organisation et les résultats du dépistage précoce de la tuberculose en milieu scolaire en Grande-Bretagne »,**

par le Dr William H. TATTERSALL M. A., M. D. (Cantab),  
Spécialiste de Pneumologie,  
Chef de la Clinique Phtisiologique de Bournemouth

L'opportunité du dépistage précoce, dit-il, n'est plus à démontrer: il est nécessaire que tous unissent leurs efforts pour le faciliter et en accélérer les suites.

Les difficultés rencontrées sont avant tout d'ordre psychologique, qu'elles viennent du médecin ou du malade.

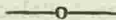
Il faut que tous les médecins fassent bloc pour insister auprès des entreprises et des administrations sur l'utilité de leurs services médicaux; et il est indispensable qu'il s'établisse des rapports rapides et vraiment confraternels entre médecins sociaux et médecins traitants.

Le dépistage effectué, il reste encore à lutter contre la négligence du malade; c'est l'occasion d'insister sur le rôle d'éducateurs sanitaires que tous les médecins, surtout les médecins sociaux doivent prendre à cœur. Il faut savoir convaincre et inspirer confiance, ce qui s'obtient surtout par des contacts individuels.

En conclusion, nécessité d'un travail d'équipe où le médecin traitant garde la place d'honneur et où toute jalousie doit savoir s'effacer devant l'intérêt du malade.

**« Le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire en milieu marocain »,**

par le Dr LE HIR (Rabat),  
Médecin-Directeur à l'Hôpital Moulay-Youssef



Le dépistage de la tuberculose au Maroc dans tous ses domaines médicaux et sociaux est confié au Service Central de Lutte Antituberculeuse, section de la Médecine Préventive, branche de la Direc-

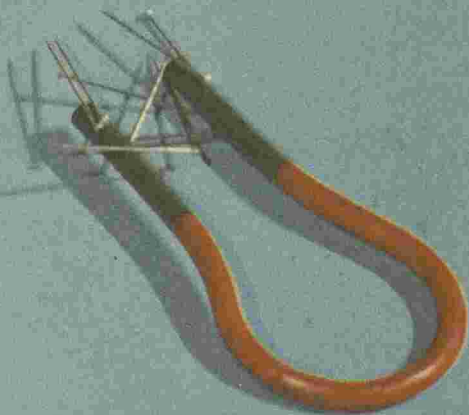


anesthésique  
antiprurigineuse



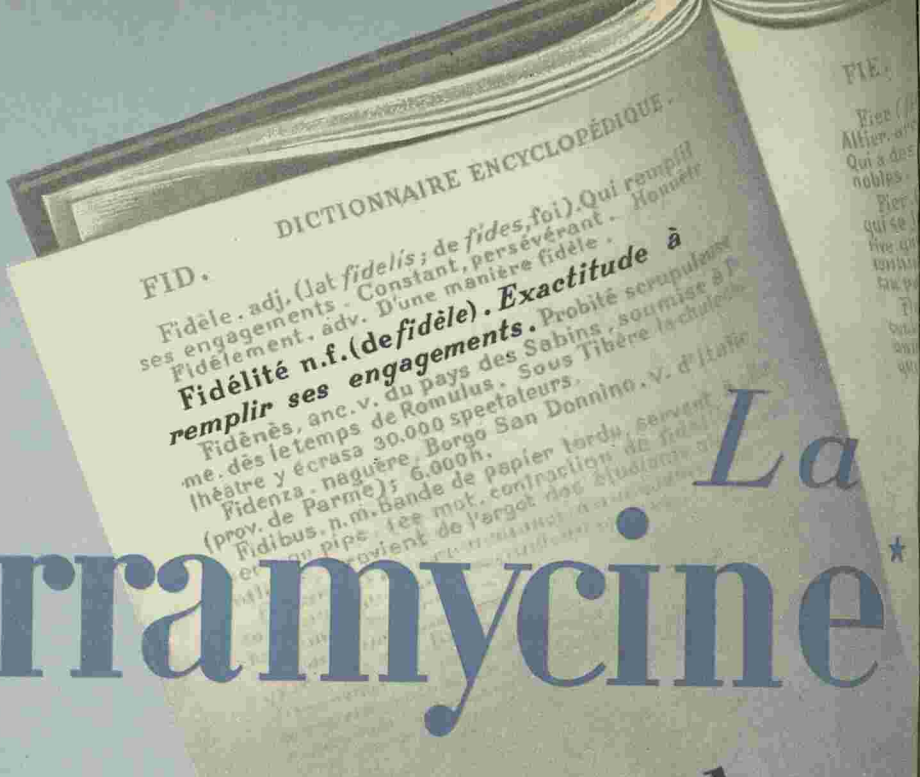
DÉTRAÏNE

POMMADE



**LABORATOIRES CLIN-COMAR**  
20, Rue des Fossés Saint-Jacques. PARIS V<sup>e</sup> - ODEon 27-20





DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE

**FID.**  
 Fidèle. adj. (lat *fidelis*; de *fides*, foi). Qui remplit ses engagements. Constant, persévérant. Honnête.  
 Fidèlement. adv. D'une manière fidèle.

**Fidélité n.f. (de fidèle). Exactitude à remplir ses engagements. Probité scrupuleuse.**  
 Fidèles, anc. v. du pays des Sabins, sous Tibère la châtiaient.  
 me. dès le temps de Romulus. Sous Tibère la châtiaient.  
 théâtre y écrasa 30.000 spectateurs.  
 Fidenza. naguère, Borgo San Donnino, v. d'Italie (prov. de Parme); 6.000 h.  
 Fidibus, n.m. bande de papier tordu, servant à fumer le pipe. Les mot. contraction de *fiducium* et *pipa*.  
 vient de l'argot des étudiants.

# La Terramycine

L'antibiotique de

*"Haute Fidélité"*

DRAGÉES • COMPRIMÉS • POUDRE ORALE  
 INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES, INTRA-VEINEUSES  
 INSTILLATIONS AURICULAIRES, OPHTHALMIQUES  
 POMMADES OPHTHALMIQUE, DERMIQUE • OVULES SECS

LABORATOIRES CLIN-COMAR

20, RUE DES FOSSÉS SAINT-JACQUES • PARIS V<sup>e</sup> • ODE. 27-20

\* MARQUE DE FABRIQUE DE PFIZER CORPORATION



tion de la Santé Publique. C'est un organisme hiérarchisé, qui, à l'exception de certaines villes, ne possède que des médecins ou des assistants fonctionnaires.

La tuberculose pulmonaire se caractérise en milieu marocain dès le primo-dépistage par son étendue d'emblée et sa rapide évolution. Elle frappe dans certaines villes jusqu'à 1 % de la population. Le problème du dépistage précoce est donc très différent du dépistage métropolitain.

Les moyens de lutte antituberculeuse sont nombreux et efficaces, mais le nombre de lits d'hospitalisation reste insuffisant. La caractéristique essentielle de l'organisation est le fait que du point de vue médical ou social, le médecin traitant reste pratiquement en rapport constant avec son malade.

Le caractère même de l'évolution de la maladie tuberculeuse marocaine, le nombre considérable de malades dans une population en accroissement constant, pose des problèmes chaque jour plus difficiles à résoudre et cependant sur lesquels la Direction de la Santé Publique se penche en vue d'éliminer le fléau tuberculeux.

**« Essais d'analyse des résultats d'un dépistage radioscopique  
et des virages de cuti-réaction  
dans une cité des chantiers d'équipement du Rhin »,**

par le Dr NUSSBAUM,

Médecin du Travail des Chantiers de Fessenheim;

Mlle COLLE, Assistante Sociale; Mlle WEISS, Secrétaire Médicale



Sur beaucoup de grands chantiers de travaux publics, le médecin du travail ne peut borner son activité aux seuls lieux de travail. Il doit s'efforcer d'assurer de son mieux, sur les citées provisoires, les services d'hygiène et de dépistage.

Les auteurs analysent les résultats d'un dépistage dans une cité des chantiers du Rhin.

Ce travail, qui a nécessité la collaboration des divers éléments des services médico-sociaux des chantiers et des services de l'Inspection Médicale Scolaire, a surtout pour but de proposer une méthode : localisation géographique des primo et des cas de tuberculose, étude des logements, pourcentage des virages par âge, indice tuberculinique, résultats des scopies par rapport aux maladies épidémiques et par rapport aux virages, relation entre une récente épidémie de rougeole et les virages.

Cet essai que les auteurs se proposent de reprendre et de compléter a permis d'avancer quelques conclusions pratiques.

**« Le dépistage systématique sous écran de la tuberculose pulmonaire dans les collectivités scolaires »,**

par le D<sup>r</sup> GAUBERT (Poitiers),  
 Médecin Phtisiologue de l'Hygiène Scolaire et Universitaire,  
 et le D<sup>r</sup> NAUDY (Poitiers),  
 Médecin Départemental de l'Hygiène Scolaire et Universitaire

—o—

L'ordonnance du 18 octobre 1945 et le décret d'application du 26 novembre 1946 fixent les conditions des examens sous écran des membres du personnel enseignant et de service.

Les services de l'Hygiène Scolaire et Universitaire en collaboration étroite avec les dispensaires d'hygiène sociale, assurent les examens systématiques obligatoires des collectivités scolaires.

Grâce à des appareils démontables et des camions-radios, tous les dépistages sélectifs, au sein des classes primaires où on enregistre des contagions multiples, ont pu être effectués avec une grande efficacité. Cependant l'indice de morbidité ne baissant que très lentement, l'effort entrepris, en matière de dépistage systématique, doit être poursuivi et développé, et on doit tendre à l'examen annuel de tout le personnel enseignant et de service.

**« Ce qu'on peut attendre des méthodes actuelles de dépistage du cancer »,**

par le D<sup>r</sup> Pierre DENOIX,  
 Chirurgien des Hôpitaux de Paris,  
 Secrétaire Général de l'Institut G. Roussy,  
 Chef de la Section du Cancer à l'Institut National d'Hygiène

—o—

Après avoir passé en revue les divers aspects évolutifs des cancers, l'auteur indique les diverses méthodes de dépistage qui correspondent à ces « moments ».

Au moment cliniquement invisible, la méthode des frottis est intéressante. Elle ne peut être utilisée sur une échelle suffisante que pour le col de l'utérus mais des impératifs techniques n'en facilitent pas encore la diffusion. Il est rappelé que l'aspect décrit sous le nom d'épithélioma « in situ » n'est pas obligatoirement l'image initiale d'un cancer et que le terme « d'épithélioma » ne devrait pas être utilisé ici.

Au moment cliniquement muet, seul un examen clinique, systématique long et minutieux peut conduire à l'indispensable biopsie. Il est difficile de la réaliser pour un grand nombre de sujets.



# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT

OLÉO

INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.

SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice  
du système vasculaire)

XXX gouttes

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

**Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée**

**Indication :** Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Ménopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

MODE D'EMPLOI : 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS

Au moment cliniquement parlant, chaque médecin praticien doit être capable de parvenir au diagnostic.

Il est alors indiqué que la précocité du diagnostic, si elle est importante, n'est pas l'élément essentiel du pronostic, et qu'un traitement adapté à chaque forme doit jouer un rôle plus décisif.

La transmission à l'ensemble du Corps médical de l'expérience acquise dans les Centres anticancéreux sous forme de « Consultations avancées » constitue, à l'heure actuelle, un progrès certain dans la lutte contre le Cancer.

« Le dépistage précoce des affections mentales »,

par le Dr MIGNOT,

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine,

et M. R. BAILLY,

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

— 0 —

Les auteurs passent en revue les catégories de malades qu'il convient de dépister. Ils évoquent brièvement les perturbations psychiques profondes qui conduisent inévitablement à l'hôpital psychiatrique et s'attachent surtout à préciser les handicaps psychiques qui peuvent conduire, les circonstances aidant, à la psychose et à l'inadaptation :

— Déficiences intellectuelles légères, facteurs d'inadaptation d'autant plus sévères que la vie sociale est plus complexe. Perturbations affectives surtout se traduisant par des troubles du caractère et du comportement, par une immaturation affective, par des troubles névrotiques — anxiété, manifestations hypocondriaques, syndromes psycho-somatiques, névroses d'échec — par une toxicophilie généralement alcoolique.

Ils étudient les différentes solutions d'orientation, l'admission d'emblée à l'hôpital psychiatrique doit être exceptionnelle et en tout cas acceptée du malade.

Le médecin d'hygiène mentale devra considérer, d'une part, le malade lui-même et l'orienter vers le thérapeute dans la double perspective biologique et psycho-thérapeutique, d'autre part, son entourage familial, son milieu de travail, son cadre de vie, s'efforçant de « déconditionner les circonstances ».

Ils soulignent l'intérêt pour les sujets incapables d'insertion directe, de formules neuves : centres de traitement et de réadaptation sociale, hôpitaux de jours, hommes d'accueil.

Les auteurs insistent sur les liaisons nécessaires avec la Médecine du Travail et d'Entreprise, les médecins de la Sécurité Sociale et des Assurances Sociales Agricoles, les médecins d'Hygiène Scolaire. Ils ap-

pellent l'attention de ceux qui ont la charge de conseiller les Pouvoirs Publics et les Organismes subventionneurs sur le nombre croissant des inadaptés de cause psychique et le caractère ruineux de leur ségrégation.

Ils étudient enfin le Dispensaire d'Hygiène Mentale, son installation, son fonctionnement, ses normes de rendement. Pour être efficace, il ne doit pas apparaître comme le pourvoyeur de l'hôpital psychiatrique et l'accueil du malade y revêt une importance considérable.

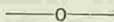
L'action à mener exige un travail d'équipe comportant : une enquête sociale objective, un examen psychiatrique clinique, un examen biologique et un bilan psychologique.

La prise en charge d'un inadapté est déjà, concluent-ils, un engagement, elle impose la prise de conscience de la totalité d'une personne humaine et mieux vaudrait ne pas intervenir que de le faire à la légère.

#### « Le dépistage précoce dans l'industrie chimique »,

par le Dr SMAGGHE (Boulogne),

Médecin d'Entreprise de la Société Francolor



Même en n'envisageant que le diagnostic d'affections spécifiques à l'industrie chimique, il faut remarquer que les produits rencontrés ont également leur part de responsabilité dans les maladies en apparence banales, ulcères gastro-duodénaux, par exemple.

Ce diagnostic est compliqué par la multiplicité sans cesse croissante des produits fabriqués ou utilisés, sur la toxicité desquels les renseignements précis manquent souvent, et par les conditions de travail particulières à l'industrie chimique.

Plutôt que de faire une énumération des cas qu'on peut rencontrer, il a semblé préférable de présenter les éléments qui permettent ce diagnostic précoce :

1° **Les connaissances techniques**, grâce auxquelles on connaît les dangers rencontrés par le personnel : produits employés, leur toxicité, les incidents de la fabrication...

2° **La valeur capitale de l'examen clinique** oriente vers la recherche de petits troubles d'une intoxication débutante : l'exemple cité est celui des petits troubles fonctionnels qui précèdent d'assez loin l'apparition d'une polynévrite sulfo-carbonée, mais qui sont confirmés déjà par des anomalies de la chronaxie.

3° **L'intérêt des examens complémentaires**, qui peuvent déceler une atteinte viscérale encore légère : par exemple, la recherche des



hématuries microscopiques qui a permis de découvrir de petites tumeurs vésicales provoquées par certains carbures aminés et éviter de les laisser évoluer jusqu'aux tumeurs malignes inopérables.

4° L'étude et la surveillance de l'imprégnation par le toxique sont le meilleur moyen de déceler la résistance de l'organisme à cette agression ou ses menaces de défaillance et de passage à l'intoxication confirmée. Deux éléments ne doivent jamais être perdus de vue dans cette étude : le facteur individuel et les incidents du travail, modifiant l'importance de l'agression toxique. C'est par exemple sur ces deux facteurs essentiels que repose la surveillance du personnel d'une entreprise de plomb tétraéthyle.

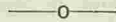
En conclusion, tout doit être fait pour éviter le contact entre l'homme et le produit toxique ou suspect. D'autre part, il est indispensable que toute imprégnation exagérée ou toute menace de défaillance de l'organisme puisse entraîner une période de désintoxication passagère par changement de poste.

Le dépistage précoce dans l'industrie chimique est une nécessité qui exige la mise en œuvre de multiples moyens.

#### « Le dépistage précoce de la silicose »,

par le Dr J. J. JARRY (Paris),

Médecin-Chef des Charbonnages de France



Le dépistage précoce de la silicose dans les Charbonnages se présente avec quelques caractéristiques bien définies et assez particulières :

1° Il s'adresse à une collectivité très nombreuse, mais relativement bien groupée. De plus, le personnel est heureusement stable, ce qui permet une médecine du travail de qualité et suffisamment échelonnée dans le temps.

2° La silicose est une maladie professionnelle inscrite au tableau, dont l'évolution est lente, au moins dans les charbonnages. L'un de ses aspects, le plus singulier, est malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, l'absence à peu près complète de thérapeutique. Le silicotique est donc surveillé et suivi, sans aucun conflit avec le médecin traitant, par notre médecin du travail.

3° Le dépistage précoce de la silicose est ainsi aisément réalisé annuellement avec un appareillage radiographique très satisfaisant, coûteux certes, mais dont l'importance correspond à l'ampleur du problème à résoudre. Le personnel se prête facilement aux examens, si l'on met à part quelques rares mouvements de mauvaise humeur dont l'origine n'est pas toujours strictement professionnelle. Les diverses liaisons avec l'extérieur ne posent réellement aucun problème.

4° C'est lors de l'exploitation des résultats que l'on rencontre des difficultés. Nous devons souligner les difficultés de diagnostic que présente une image de début difficile à interpréter. Elles sont aussi d'ordre psychologique et ne peuvent être éludées. Enfin, le reclassement fut malaisé dans le passé pour des raisons économiques évidentes.

5° Le dépistage précoce est absolument nécessaire pour l'exacte mesure de la durée de l'évolution d'une part, de la gravité et de la fréquence du risque d'autre part.

Mené parallèlement aux mesures de dépoussiérage systématiques, il permet de guider avec rigueur la prévention technique, la seule efficace au demeurant. Cette prévention coûteuse, souvent gênante pour l'exploitation, mais indispensable, est en plein développement dans nos charbonnages; elle permet déjà et assurera plus encore dans l'avenir la diminution très importante de ce risque qui fut si grave pour nos ouvriers mineurs.

**« Difficultés et limites du dépistage précoce  
en médecine du travail »**,

par le Dr J. GODARD,

Médecin-Chef des Services Médico-Sociaux des Aciéries  
de Lorraine-Escaut,

et le Dr DELABROISE (Thionville)

—o—

L'examen de santé n'est qu'un aspect de la médecine du travail qui ne doit pas faire oublier ce qui en est l'essentiel : l'adaptation de l'homme au métier et l'hygiène industrielle.

Le dépistage précoce rencontre d'ailleurs des difficultés considérables, en particulier, en raison de l'insuffisance de l'équipement technique mis à la disposition des médecins du travail.

Les auteurs estiment que la médecine du travail, telle qu'elle est actuellement instituée en France, ne peut progresser que sous trois conditions principales :

a) Etablissement de règles déontologiques simples concernant les liaisons avec les médecins de clientèle et établissements de soins d'une part, les organismes de médecine sociale d'autre part, afin de faciliter le travail de tous et éviter les doubles emplois.

b) Assouplissement des règles draconiennes concernant la périodicité des examens de santé, laissant dans certaines limites le médecin du travail juge de fixer cette période pour chacun.

c) Organisation de centres de diagnostic et de laboratoires spécialisés, permettant aux médecins du travail de développer plus utilement leur action, notamment dans les domaines suivants : cardiologie, rhumatologie, orthopédie et récupération fonctionnelle, neuro-psychiatrie, endocrinologie.

**« Dépistage précoce des fibrillations auriculaires »,**

par le D<sup>r</sup> Marc BOULET (Nice),  
Médecin du Travail

—o—

La fibrillation auriculaire n'est pas un état bénin. Elle est loin d'être un diagnostic d'exception.

Elle fournit des candidats aux syncopes, à la mort subite, donc dangereux dans certains postes de travail. Son dépistage est pour nous un facteur important de prévention.

Actuellement, la réduction doit en être tentée surtout quand il s'agit de dépistage précoce, ce qui est un facteur primordial de succès thérapeutique.

Il faut adresser nos cas rapidement à nos cardiologues consultants et leur suggérer, d'une manière insistante, s'il le faut, d'en tenter la réduction même au prix d'une hospitalisation.

Il faut, enfin, que nos ouvriers se soumettent à un tel traitement car, s'ils occupent un poste de travail « lourd » dangereux, enfin et surtout, s'ils peuvent faire courir un risque important à leur entourage, ils semblent devoir être déclarés « inaptés ».

Notre but est, par un dépistage aussi précoce que possible, permettant même de dater l'apparition d'une fibrillation auriculaire, de donner aux cardiologues la possibilité d'en obtenir la réduction par des cures ambulatoires, marquant un grand progrès au point de vue social.

Dans un domaine qui semblait interdit, la Médecine Préventive pourra faire sa preuve aussi bien que dans les fléaux sociaux les mieux connus.

Par la surveillance attentive de tels cas, nous pourrons encore mieux juger de leur devenir, nous pourrons enfin collaborer à la solidité de leur guérison, en faisant de notre mieux pour obtenir le reclassement ou la mutation qui s'avèreraient nécessaires.

Il sera parfois possible de faire bénéficier d'une telle thérapeutique des sujets qui se trouvent actuellement en invalidité ou qui travaillent porteurs d'une telle affection. La réduction de leur fibrillation permettant de lever en partie l'hypothèque de leur insuffisance cardiaque.

**« Les états d'asthénie polyfonctionnelle  
en médecine préventive »,**

Essai d'interprétation par le D<sup>r</sup> Jean PARIS (Paris)

—o—

L'auteur désigne sous le nom « d'asthénie polyfonctionnelle » un syndrome observé sur 25 cas, en dehors de toute intoxication exogène et ainsi composé : sentiment d'asthénie très prononcé, diminution



fonctionnelle de la force musculaire au niveau des membres inférieurs, impuissance ou hypogénéralité, troubles du sommeil, accessoirement, vertiges, lipothymies, troubles digestifs, douleurs diffuses.

Ces états s'accompagnent d'un effondrement de l'ascorbémie (Dr L. GUIBERT).

Ils ont évolué 4 fois vers l'organicité : 1 réactivation tuberculeuse, 2 ulcus, une discopathie lombo-sacrée, dans un délai de 1 à 3 ans.

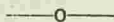
Ces états sont particulièrement fréquents dans un service de distillation du gaz à horaire 3 x 8 : 12 cas sur 153, avec un rapport de fréquence 1/13 alors que pour les autres services les rapports sont les suivants : autres services 3 x 8 1/55; service de jour : 1/168.

En deux ans, sur 19 ulcus gastro-duodénaux diagnostiqués, 10 fois le syndrome d'asthénie polyfonctionnelle était associé à l'évolution ulcéreuse. Cette analogie pose le problème de l'influence prépondérante des conditions de vie et du travail sur la pathologie, suivant les conceptions de la Théorie Pavlovienne sur l'activité nerveuse supérieure.

#### « La prévention de l'inadaptation juvénile »,

par le Dr CAYET (Strasbourg),

Médecin-Conseil Régional de la Sécurité Sociale



La prévention de l'inadaptation juvénile présente les mêmes aspects que la prévention de tous les fléaux sociaux. Il s'agit de dépister le plus tôt possible les facteurs en cause et de s'efforcer de les amender ou de les éliminer afin d'empêcher d'apparaître les troubles ou de pouvoir au moins appliquer précocement des mesures thérapeutiques.

Aussi diverses et aussi imbriquées que sont les causes de l'inadaptation juvénile, aussi variées et interdépendantes sont également les mesures préventives que nous avons à mettre en action pour la combattre.

La prévention comporte deux actions très différentes :

1° La suppression des causes : là, il faut s'attaquer à tous les facteurs étiologiques, pathologiques, sociaux, économiques dans la famille même et dans la collectivité où l'enfant vit. Il s'agit donc, sur le plan national, de la lutte contre les fléaux sociaux, contre l'alcoolisme, du problème du logement, du standing de vie, de l'action pour la moralité des périodiques, des films, des spectacles, etc...

2° La deuxième action préventive est le dépistage précoce et l'application des mesures prophylactiques de la santé mentale, des trou-

LABORATOIRES A. LE BLOND

M<sup>re</sup> CAIMENT - LE BLOND Pharmacien  
15, Rue Jean Jaurès - PUTEAUX (Seine)

TÉL. LON. 07-36



**PYUROL**  
SYNDROME ENTÉRO-RÉNAL  
(Granulé soluble)

**ORTHO-GASTRINE**  
BOURGET CITRATÉ (Paquets-Dose)

**ORTHOPHORINE**  
FORMULE DE JOULIE  
Acide phosph. granulé

Remboursés par  
la S.S.

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française - 8, Pas. du 7 mai - TUNIS

# OPTALIDON

*Le sédatif de choix de la douleur*

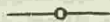


DRAGÉES

SUPPOSITOIRES

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8<sup>e</sup>



DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

bles sensoriels (surdité, troubles de la vue), des infirmités physiques et des troubles du caractère.

Les déficiences physiques et psychiques dues à des causes d'origine endogène peuvent être souvent évitées ou amendées par des mesures préventives ou des interventions médicales.

La réhabilitation des enfants et adolescents inadaptés ne sera complète que si notre action thérapeutique se base sur une vaste action préventive menée par la famille, la collectivité et les Pouvoirs Publics.

« **Le dépistage précoce des principales affections observées en milieu scolaire** »,

par le Dr SCHMITT (Toulouse),

Médecin de l'Hygiène Scolaire et Universitaire

—o—

*Affections sensorielles :*

1° **Affections O.R.L.** — L'hypoacousie est dépistée grâce à trois procédés : étude rapide de ceux-ci. Un mot sur l'organisation actuelle en milieu scolaire : quelques résultats.

2° **Affections ophtalmologiques.** — Surtout la myopie dépistée par la mesure systématique de l'acuité visuelle et l'hypermétropie par la skiascopie; un mot sur les dischromatopsies et sur l'amblyopie. Répercussion de l'éclairage des classes sur le travail scolaire.

*Affections mentales :*

Actuellement, deux méthodes utilisées :

1° Une équipe médicale examine, dans un centre médico-psychologique, uniquement les élèves signalés (méthode sélective).

2° Un médecin scolaire, qualifié, applique les tests utiles à tout l'effectif scolaire (méthode collective).

Quelques résultats obtenus dans différentes Académies.

*Autres affections :*

1° **Bucco-dentaires.** — Principalement caries et malpositions avec statistiques fragmentaires.

2° **Déformations vertébrales.** — Rôle de l'hypotonie musculaire; son association aux déformations du squelette réductibles ou irréductibles, résultats, établissements de rééducation.

3° **Cardiopathies.** — Congénitales ou acquises, troubles du rythme, éréthisme cardiaque, conduite à tenir; quelques chiffres.



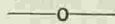
4° **Glandes endocrines.** — Troubles de l'hypophyse ou de la thyroïde; obésité de l'enfant; malformations de l'appareil génital; hernies.

**Tuberculose** — Pulmonaire : dépistage dans les écoles du 1<sup>er</sup> degré, dans les Etablissements du 2<sup>e</sup> degré et du personnel enseignant, résultats obtenus, un mot rapide sur le B.C.G.

— Extra-pulmonaire : peu d'affections à signaler.

**« Dépistage des affections mentales dans un service  
de main-d'œuvre »,**

par le D<sup>r</sup> Claude VEIL,  
Médecin Psychiatre du Travail



L'auteur traite du rôle du psychiatre au sein de l'équipe médico-sociale chargée de l'examen des diminués physiques demandeurs d'emplois de la région parisienne. Les sujets viennent spontanément ou par plusieurs filières très différentes; toute absence a toujours une signification. Les moyens en personnel et en matériel prévus initialement à d'autres fins, seront peu à peu appropriés à un dépistage plus parfait des troubles mentaux. Ce dépistage est effectué principalement par les médecins et les assistantes sociales des Services de Main-d'Œuvre. Les examens complémentaires sont pratiqués pour partie à l'extérieur. Les liaisons sont nombreuses, et on cherche à les étendre. Dans la mesure du possible, aucun malade n'est abandonné sans avoir été confié à un organisme compétent, et l'on tâche de surveiller les suites.

On forme le vœu de voir organiser une formation psychologique et une information psychopathologique du personnel de tout rang des Services de Main-d'Œuvre.

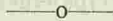
**« Déterminisme et calcul des probabilités en matière de dépistage  
du cancer en médecine du travail »,**

par le D<sup>r</sup> Jean DE LARRARD (Anglet),

Médecin du Travail,

et le D<sup>r</sup> DE L'EPÉE (Bordeaux),

Médecin-Inspecteur Divisionnaire du Travail



Les auteurs posent quelques principes. Le rendement d'un dépistage de cancer est fonction du plus grand nombre de cas découverts au stade prépathologique ou préclinique. Ils admettent la nécessité de cantonner leurs efforts uniquement pour les cancers dits de série. Ils réclament l'établissement d'une nouvelle séméiologie basée sur les conclusions des statisticiens relatives aux résultats des recherches cliniques. Ils en concluent que la méthode utilisée est d'ordre indé-

terministe, c'est-à-dire, s'appuyant sur la théorie du calcul des probabilités. Cette méthode autorise à porter des prévisions telles que les grandes lois de la statistique permettent de le faire.

Ces conclusions se rapportent à un travail effectué auparavant sur le dépistage du cancer et publié à la Société de Médecine du Travail de Bordeaux en 1954.

**« Dans le cadre du dépistage précoce.  
Surveillance hématologique des peintres au pistolet »,**

par le D<sup>r</sup> Noël PARDON (Neuilly-sur-Seine),  
Médecin du Travail

—o—

L'application des dispositions légales relatives à la peinture par pulvérisation aboutit à un contrôle efficace de la condition somatique des ouvriers, de leur formule hématologique, ainsi que des produits employés et de l'ambiance atmosphérique.

Une expérience concrète conduit à souligner les notions suivantes :

La connaissance effective du personnel et des conditions de travail est indispensable à l'efficacité de la surveillance médicale. Une bonne collaboration est nécessaire avec les autres techniciens pour promouvoir une prévention chimique et physique où aucun détail n'est négligeable.

Le médecin devra non seulement rechercher les anomalies hématologiques individuelles, mais contrôler par voie statistique l'ensemble des réponses; c'est le moyen de connaître à la fois l'importance du risque et le crédit que l'on peut apporter au laboratoire.

Les incapacités hématologiques, au sens légal du terme, ne doivent être appréciées qu'avec discernement et sous réserve d'examen de contrôle

Au terme d'une campagne anti-benzolique de plus de 10 ans, on peut se féliciter que les anomalies sanguines actuellement rencontrées ne soient que fort rarement professionnelles.

Toutefois, la surveillance hématologique demeure justifiée par la nécessité d'éviter toute exposition à des sujets présentant pour quelque motif que ce soit une formule anormale.

**« Bilan hépatique et sanguin pour un dépistage précoce  
dans l'industrie chimique »,**

par le D<sup>r</sup> Max VAUTHEY,

Diplômé d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail,  
Secrétaire Général de la Société des Sciences Médicales de Vichy

—o—

Le dépistage précoce des affections professionnelles dans l'indus-

trie chimique présente un intérêt considérable à un triple point de vue : humain, social et économique, en raison surtout de l'essor actuel de cette industrie dans le domaine de la chimie organique et des composés organo-minéraux.

Ce dépistage précoce est réalisé par un bilan, non seulement clinique, mais surtout biologique et chimique, réalisé par le trépied toxico-cyto-biochimique.

Il comporte des recherches toxicologiques portant sur les humeurs et tissus de l'organisme, des recherches cytologiques portant sur le sang, la moëlle osseuse et la cellule hépatique par ponction biopsie, des épreuves fonctionnelles et déterminations biochimiques, tant classiques que modernes.

Ces diverses déterminations permettent d'établir le bilan, à la fois du système hépatique, ce dernier envisagé dans un sens très large, hépatique pur, hépato-rénal, hépato-endocrinien, et même éventuellement, hépato-cutané.

#### « Dépistage précoce et typologie »,

par le Dr René RESTEN (Saumur),  
Médecin du Travail

—o—

La connaissance de la personnalité devrait servir de base au diagnostic précoce en général, en raison de l'importance des facteurs héréditaires, lesquels, conjointement aux influences nosologiques, conditionnent les prédispositions morbides ou la réussite professionnelle. La médecine préventive ne peut ignorer le problème des constitutions et des typologies. Des recherches récentes substituent à la connaissance empirique de la personnalité, des méthodes d'investigation objective, susceptibles d'être intégrées en pratique médicale courante.

L'auteur présente un résumé des travaux de LINDEGARD, de LUND, basé sur les typologies de KRESTCHMER et de SHELDON, qui permettent une étude analytique des composantes somatiques, et remplacent l'appréciation qualitative et synthétique du corps par une étude quantitative. Ainsi sont isolés quatre facteurs constitutifs : le facteur longueur, le facteur musculaire, le facteur robustesse et le facteur graisse, qui peuvent être objectivement mesurés par des épreuves simples.

D'un autre côté, la connaissance du caractère est aussi facilitée par la distinction de quatre facteurs constitutifs, décrits par l'école danoise de Sjöbring et franco-néerlandaise de Heymans-Wiersma-Le Senne.

Ces différentes méthodes d'investigation morpho-psychologique donnent à l'étude de la personnalité une base rationnelle, objective, à la fois qualitative et quantitative.



L'auteur souhaite que la médecine préventive fasse un plus large appel aux questions de psychologie différentielle et que celles-ci occupent une place plus importante dans la formation des praticiens de médecine sociale, afin qu'elle puisse devenir effectivement la synthèse des disciplines responsables du maintien de la santé et de l'amélioration des conditions de travail.

\*  
\* \*

En conclusion de ces fructueuses journées, le Docteur COURBAIRE de MARCILLAT souligne la grande activité des médecins de la société.

Au cours de l'année écoulée, plus de 200 ouvrages ou mémoires ont été envoyés au Secrétariat, et, en dehors du travail accompli pour l'établissement d'une classification statistique qui permette l'exploitation pratique des documents réunis dans les services de Médecine Préventive et Sociale, de nombreux sujets d'intérêt général ont été abordés.

Il attire à ce propos l'attention des membres des Journées sur leur devoir d'information technique vis-à-vis des journalistes professionnels

Il termine enfin en affirmant la foi des Membres de la Société dans les possibilités d'une Médecine Préventive et Sociale guidée par les lumières de l'esprit.

« Le progrès technique a pu, à une certaine époque, amener quelques penseurs à reléguer l'humain dans l'arrière plan et à considérer que l'esprit inventif de l'homme avait pratiquement achevé sa mission en lançant une fois pour toutes sur les voies du progrès matériel. Nous savons aujourd'hui que d'autres valeurs sont nécessaires pour assurer le bonheur de l'humanité.

Il souligne que, comme l'a montré le Docteur René BARTHE dans son magnifique rapport, « le perfectionnement des techniques, l'amélioration concomitante des conditions de vie et du sentiment de sécurité, ne constituent de véritables facteurs de progrès social que parce qu'ils libèrent les hommes des servitudes matérielles et permettent au plus grand nombre de l'élever aux satisfactions intellectuelles ».

Et il rappelle que « l'objet de la Médecine préventive et Sociale est bien de favoriser au maximum cette ascension. Elle joue ainsi un rôle important pour équilibrer le bilan de la civilisation. »

« Ce faisant, nous ne nous contentons pas d'assurer la protection et le respect de la personne humaine mais nous contribuons à accroître sa dignité réalisant avec Pascal que :

Pensée fait la grandeur de l'homme. »

## INFORMATIONS

### Congrès Mondial des médecins pour l'étude des conditions actuelles de vie

Le Congrès Mondial des médecins pour l'étude des conditions actuelles de vie annonce la tenue de sa deuxième Conférence internationale du 27 au 29 septembre 1957, à Cannes, France.

*Conférence Internationale sur l'Influence des Conditions de Vie  
et de Travail sur la Santé*

#### P R O G R A M M E

- 1° L'incidence du niveau de la nutrition sur le développement des maladies.
- 2° L'influence du travail sur la santé physique et mentale.
- 3° Les effets de l'accroissement de la radiation ionisante sur la santé de l'homme.

S'adresser au Secrétariat du Congrès Mondial des Médecins. Vienne, I, Wollzeile 29-3 (Autriche).

## Bronchites - Bronchites aiguës et chroniques Affections des voies respiratoires

# CALYPTOPHEDRYL-PENICILLINE

*Suppositoires adultes et enfants*

## Association des Médecins de Langue Française

### XXXI<sup>me</sup> Congrès Français de Médecine



Le XXXI<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine aura lieu les 16, 17 et 18 octobre 1957 à Paris sous la présidence du Professeur MOREAU.

*Secrétaire Général :*

D<sup>r</sup> G. BOUDIN.

*Secrétaires :*

D<sup>rs</sup> J.B. BOUVIER et H. BRICAIRE.

*Trésoriers :*

MM. P. CASTAIGNE et G. MASSON.

Les sujets mis à l'étude sont :

- *Les collagénoses*, sous la direction du Prof. J. DELARUE.
- *Les aspects actuels des endocardites malignes*, sous la direction du Prof. M. MOUQUIN.
- *Les traitements des accidents vasculaires cérébraux*, sous la direction du Prof. ALAJOUANINE.



# GOUTTES O.R.L. CHIBRET

**BENZO-DODECINIUM**

**CORTISONE**

**PROPIONATE DE SODIUM**

*Respectent l'activité  
ciliaire et la fonction  
secrétorie*

Chibret, Institut Français  
de Recherches Otorhino-  
laryngologiques et  
de Neurologie de l'Enfance

**LABORATOIRES  
CHIBRET**  
CLERMONT-FE • PARIS



TUNISIE : Ets ZANA & COHEN-JONATHAN

24, Avenue de Lyon — TUNIS



## Livres Reçus :

**La vaccination antiamarile**, par SMITHBURN et al., Genève, 1956. (Organisation Mondiale de la Santé : Série de Monographies, N° 30), 243 pages 37 figures, choix de références bibliographiques, index. Prix : Fr. s. 12,-, £ 1, ou \$ 4,00. Il existe également une édition anglaise.

Les premières vaccinations systématiques contre la fièvre jaune ont été effectuées en Afrique Occidentale Française en 1934 puis au Brésil en 1937. Depuis lors, des dizaines de millions de personnes ont été immunisées, et la fièvre jaune humaine est devenue une maladie rare. Les plus optimistes ne pouvaient espérer, au moment où la vaccination fut instituée, les bénéfices de tous ordres et les immenses avantages économiques et sociaux qui en résulteraient pour les territoires où la maladie sévissait.

Il a paru opportun à l'Organisation Mondiale de la Santé de publier une monographie consacrée à la vaccination antiamarile. Des spécialistes éminents, dont les noms sont liés au succès de la lutte anti-amarile dans le monde, y ont collaboré.

Le premier exposé, par K. C. SMITHBURN, est consacré aux principes fondamentaux sur lesquels repose la vaccination antiamarile.

En Afrique Occidentale Française et en Afrique Equatoriale Française, plus de 56 millions de vaccinations ont été effectuées de 1939 à 1953 avec le vaccin antiamaril préparé par l'Institut Pasteur de Dakar. Le taux de protection obtenu a pratiquement fait disparaître la fièvre jaune humaine des territoires soumis à la vaccination. C. DURIEUX, ancien Directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, décrit les différentes phases de la préparation et du contrôle du vaccin préparé par cet Institut, la technique d'utilisation ainsi que les modalités d'application de la vaccination systématique dans les territoires français d'Afrique. En collaboration avec R. KOERBER, il discute les résultats immunologiques obtenus.

Dans le reste du monde, c'est le vaccin 17D qui est le plus employé. L'Institut Uswaldo Cruz, à Rio de Janeiro, est l'un des principaux centres de préparation de ce vaccin. H. A. PENNA, qui y dirige le laboratoire de la fièvre jaune, expose en détail la méthode de production et d'administration du vaccin 17D. Ce type de vaccin est, comme le vaccin de l'Institut Pasteur de Dakar, utilisé dans des campagnes de vaccinations de masse. C. de SOUZA MANSO relate ce qui a été ainsi réalisé en Amérique latine, plus particulièrement au Brésil.

Les connaissances que l'on avait sur l'apparition de l'immunité après la vaccination par le 17D, ainsi que sur la durée de cette immunité, se sont précisées à la suite de nombreux contrôles. G. COURTOIS rapporte les résultats de ces travaux.

Comme toute autre vaccination, la vaccination antiamarile a été parfois suivie de réactions plus ou moins graves. Il est utile de connaître les accidents qui se sont produits et honnête de les signaler. G. STUART fait un historique précis et complet des réactions observées à la suite de l'administration du vaccin de Dakar et du vaccin 17D.

Toute méthode de vaccination a ses avantages et ses inconvénients. La vaccination par scarification avec le vaccin 17D qu'expose G. W. A. DICK semble réunir les avantages respectifs du vaccin de Dakar et du 17D, sans avoir les inconvénients que l'un et l'autre peuvent parfois présenter.

La vaccination contre la fièvre jaune est officiellement consacrée comme méthode de prophylaxie par la législation sanitaire internationale. Elle permet aux voyageurs qui sont munis d'un certificat international de vaccination valable, d'éviter l'isolement en quarantaine quand ils se rendent d'une région infectée de fièvre jaune dans une zone de réceptivité amarile. P. H. BONNEL expose ce qu'est cette réglementation internationale de la vaccination antiamarile et précise les conditions préalables à la remise du certificat international.

Enfin, cette monographie contient une bibliographie groupant des travaux sur l'immunologie de la fièvre jaune et la vaccination anti-amarile.

\* \*  
\*

**Comité d'Experts des Soins Infirmiers Psychiatriques.** Premier Rapport. Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, 1956, N° 105; 50 pages. Prix : Fr. s. 1.--, 1/9 ou \$ 0,30. Existe également en anglais et en espagnol.

Ce rapport contient des informations précieuses sur tous les aspects des soins destinés aux malades mentaux, ainsi que sur le rôle particulier qui incombe à l'infirmière psychiatrique.

La pratique des soins infirmiers psychiatriques subit l'influence de l'attitude traditionnelle de la collectivité à l'égard des malades mentaux, et dépend du degré de développement des services psychiatriques. Le rapport retrace les phases successives de l'évolution des soins psychiatriques, à partir de l'époque où ceux-ci consistaient uniquement à isoler le malade en vue de la protection de la collectivité, jusqu'aux efforts modernes qui visent à le guérir de manière à lui permettre de reprendre sa place dans la société. Les répercussions de cette évolution sur la tâche de l'infirmière psychiatrique sont mises en lumière. Maintenant, au lieu de se contenter de garder ses malades, l'infirmière s'occupe beaucoup plus de les soigner.

En partant d'une analyse détaillée des fonctions de l'infirmière psychiatrique, le rapport décrit l'ensemble des services publics de santé mentale, ainsi que la nature des soins psychiatriques assurés par eux. Le rôle de l'infirmière y est examiné sur trois plans : technique, social et interpersonnel. L'importance des activités en groupe et de la notion de la « collectivité thérapeutique » au sein de l'hôpital psychiatrique y est soulignée.

Le rapport aborde alors l'examen de la formation du personnel infirmier psychiatrique et traite de façon assez approfondie du processus d'éducation dans le domaine des soins infirmiers, en faisant ressortir certains problèmes d'ordre affectif qui se posent lors de la formation en vue de cette activité. Il contient ensuite une étude des méthodes d'enseignement et l'exposé d'un programme minimum de formation de base.

Dans sa dernière partie, le rapport indique les études à entreprendre dans le domaine des soins infirmiers psychiatriques et signale la contribution que l'infirmière peut apporter aux travaux de recherche.

\* \* \*

### **PETITE ANNONCE :**

« Cèderais clinique obstétrico-chirurgicale, 25 lits, instal. moderne, client. inter. 35.000 habitants. Convierdrait parfaitement à méd. ac. chir. gén. ou spécialiste. »

---

---

**Nicolas BASCONE & Sauveur MUSCAT**

IMPRIMEURS

41, Avenue de Londres, 41

TUNIS

---

---

Imp. NICOLAS BASCONE & SAUVEUR MUSCAT — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS



≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090

*Solutés injectables et buvables*  
de

**V**ITAMINE  
**B12 MILLE**

*boîtes de 3, 6 et 10 ampoules*  
et de

**V**ITAMINES  
**B1**(100 mg) + **B12**(1000 $\gamma$ )

*boîte de 6 ampoules*

*Labaz*

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Garres — TUNIS — Tél. 282.090

# LA TUNISIE

# MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS DE  
\_\_\_\_\_ TUNISIE

et

BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS \_\_\_\_\_

Siège Social : 25, Avenue de Paris — TUNIS

SÉDATIF GÉNÉRAL ET CARDIAQUE

# NATISEDINE

Comprimés à 0,10 g de Phényléthylbarbiturate de Quinidine

LABORATOIRE NATIVELLE



# BIPHÉDRINE

PÉNICILLINE

HUILEUSE

AQUEUSE

# EPANAL

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

1 - 2 - 3 - 5 - 10

# NÉO-CODION

SUPPOSITOIRES

GOUTTES

DRAGÉES

**GASTRO-SODINE**  
**PLURIBIASE**

# LA TUNISIE MÉDICALE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DE TUNIS, DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE TUNISIE

et  
BULLETIN DE L'HOPITAL SADIKI  
RÉUNIS

## Comité de publication

- |   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| - Le Rédacteur en Chef .....  | D <sup>r</sup> M. UZAN                                | } Comité<br>de lecture |
| - Le Rédacteur en Chef Adjoint* .....                                 | D <sup>r</sup> J. CUÉNANT                             |                        |
| - Le Président de la Société des Sciences Médicales .....             | D <sup>r</sup> R. LADJIMI                             |                        |
| - Messieurs les .....   | D <sup>r</sup> H. BONAN<br>D <sup>r</sup> M. HADJOUDJ |                        |
| - Le Secrétaire de la Société des Sciences Médicales .....            | D <sup>r</sup> G. BORSONI                             |                        |
| - Le Secrétaire de la Commission Spéciale du Conseil de l'Ordre ..... | D <sup>r</sup> G. VALENSI                             |                        |
| - Le Secrétaire du Syndicat Médical Français et Tunisien .....        | D <sup>r</sup> H. COURSIÈRES                          |                        |
| - Le Secrétaire du Syndicat National des Médecins Tunisiens .....     | D <sup>r</sup> S. AMAR                                |                        |

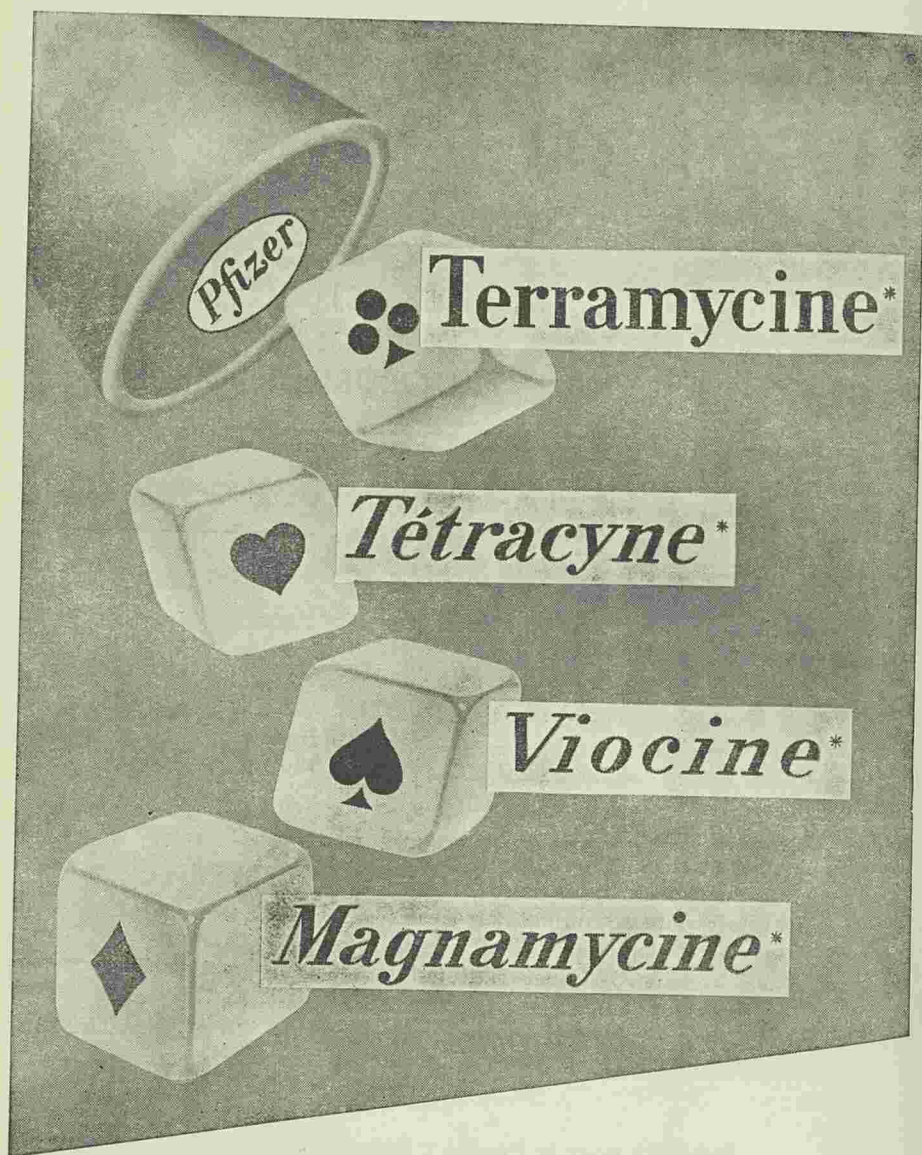
Administration : L. LEMOINE, 8, passage du 7 Mai — TUNIS

Téléphone : 247-255

Publicité pour la France : **Stéphane BATARD**  
4, Place de l'Hôtel de Ville - Le Raincy (S.-et-O.)  
et 21, Rue Saint Fiacre - Paris-2<sup>e</sup> - Téléph. Provence 68.60

Reproduction interdite  
Tous droits réservés pour tous pays

La Rédaction du Journal informe MM. les Auteurs que, devant les difficultés accrues qu'elle rencontre, elle se trouve dans l'obligation de n'accepter que des textes dactylographiés, sans renvois ni corrections à la main.



LABORATOIRES CLIN-COMAR  
20, RUE DES FOSSÉS SAINT-JACQUES · PARIS V<sup>e</sup> · ODE. 27-20



\* Marque de fabrication de PFIZER Corporation



## SOMMAIRE (1<sup>re</sup> Partie)

<i>Lithiase rénale. Données récentes pathogéniques et thérapeutiques,</i> par le D <sup>r</sup> E. COHEN, ancien Chef de Clinique Urologique à la Faculté de Paris . . . . .	903
<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie . . . . .</i>	927
<i>Aspects cliniques et radiologiques de la Lambliaze,</i> par J. LAURENTI et A. MASBERNARD . . . . .	929
<i>Invagination iléo-iléale par tumeur du grêle,</i> par R. KOSKAS, S. PIÉTRI et A. HAGÈGE (Hôpital Habib Tameur) . . . . .	943
<i>Anémie hémolytique chronique par autoanticorps (anémie type Loutil),</i> par H. BONAN, G. DIACONO, G. BORSONI, A. DAMÈLE . .	947
<i>Société des Sciences Médicales de Tunisie . . . . .</i>	953
<i>Les enseignements de l'urographie intra-veineuse systématique dans le bilan des albuminuries essentielles,</i> par MM. J. LAURENTI, A. MASBERNARD, H. TEMAM . . . . .	955
<i>Le biologiste et les bacilles alcool-acido résistants dits « para- tuberculeux »,</i> par les D <sup>rs</sup> A. ZAÏMI, Ch. ZÉRAH et M. COHEN . .	967

# LOBAMINE VITAMINE PP

MÉTHIONINE.... 0,15 g  
VITAMINE PP.... 0,05 g  
POUR UN COMPÈRE  
DRAGÉE  
3 A 10 DRAGÉES PAR  
JOUR EN MOYENNE

★ LA MÉTHIONINE SUPPLÉE A  
LA CARENCE EN GROUPEMENTS  
MÉTHYLE QU'ENTRAÎNE LE MÉ-  
TABOLISME DE LA VITAMINE PP

★ LA MÉTHIONINE ET LA VITAMINE PP ONT DE  
NOMBREUSES INDICATIONS COMMUNES

TOUTES LES INDICATIONS DE LA VITAMINE PP  
AFFECTIONS HÉPATIQUES - CARENES PROTIDIQUES

REMBOURSABLE AUX ASSURÉS SOCIAUX

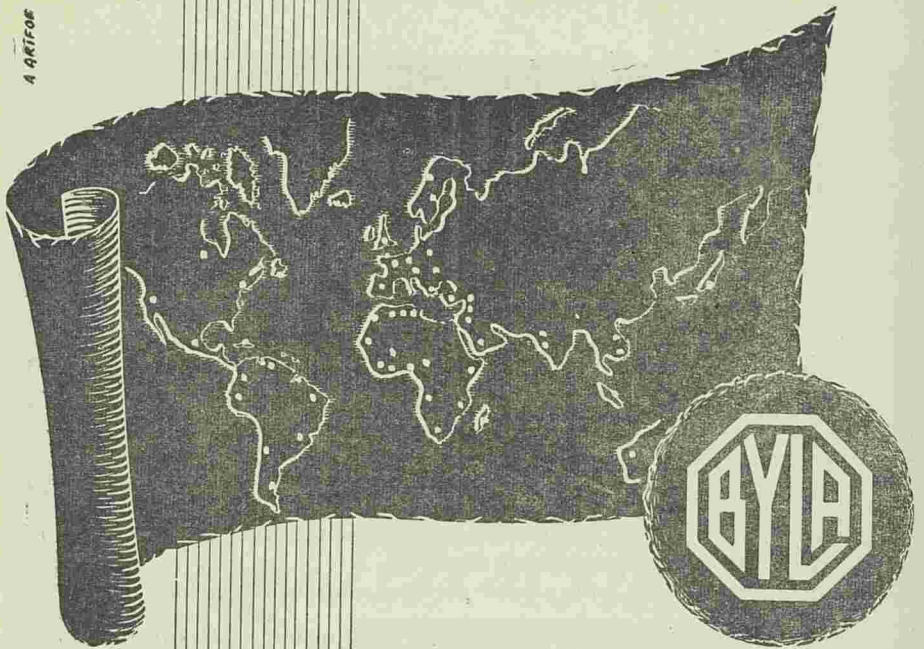


LABORATOIRES LOBICA, 25, RUE JASMIN, PARIS-16

MAR. 45

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

A. ARTFOE



**HORMONES**

**A. C. T. H. Retard**  
Hormone adrénocorticotrope  
Phosphate de Polyphlorétine

Flacons ponct. de 50 mg

**VITAMINES**

**VITADONE**

Vitamines A et D 2  
Gouttes-ampoules injectables-forte

**TONIQUES**

**SURRASTHENINE**  
Tonique Stimulant

Flacons de 125 et 250 cc.

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS . S<sup>t</sup> JACQUES . PARIS VI<sup>e</sup> . ODE. 26-30






SOMMAIRE

anti-rhumatismal

# cortalgone

l-ascorbo- $\alpha$ -phénylquinoléine- $\gamma$   
carboxylate de strontium.

anti-algique  
anti-inflammatoire  
antipyrétique  
atoxique

  
Présentation : Boite de 40 et 100 dragées  
(remboursées par la S. S.)

Posologie : 6 à 12 dragées par jour  
à intervalles réguliers entre les repas

F. JOSEPH

laboratoires

*Biosedra*

28, Rue Fortuny — Paris 17<sup>e</sup>

Tél. : Carnot 20.22 et 23

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS

## LITHIASE RENALE \*

## Données récentes pathogéniques et thérapeutiques

D<sup>r</sup> E. COHEN,ancien Chef de Clinique Urologique  
à la Faculté de Paris

La fréquence de la lithiase en Tunisie est bien connue pour que nous essayions d'en définir les causes. Elle procède d'ailleurs d'un phénomène général affectant l'ensemble du bassin méditerranéen et de pays orientaux, fréquence qui contraste avec l'immunité relative de certaines races, les races noires en particulier.

Le problème de la lithiase rénale a été pendant longtemps celui d'un phénomène purement local, celui d'une pierre qui fait souffrir, fait saigner et qu'on enlève. C'est là une conception primaire et trop simpliste qui n'a plus sa raison d'être. La lithiase rénale s'inscrit dans un ensemble extrêmement complexe qu'on ne peut plus actuellement ignorer.

Il est trois aspects de cette lithiase :

**1° La lithiase corps étranger du rein.**

C'est son aspect terminal, urologique, chirurgical, le plus anciennement connu : quelle que soit la nature chimique, la pathogénie, l'état de l'urine, c'est un corps étranger qui menace le rein et qu'on enlève.

Le problème serait simple, s'il n'était dominé par deux données essentielles :

— Toute pierre enlevée peut récidiver;

— Toute pierre abandonnée à elle-même s'accroît inexorablement, d'où l'importance prise ces dernières années par les travaux sur les mécanismes intimes de la lithogénèse. On passe alors du stade local chirurgical au stade général médical, d'où le second aspect.

**2° La lithiase maladie générale.**

A l'unité du corps étranger, fait alors place la multiplicité où intervient la nature chimique, les troubles du métabolisme, les modifications physicochimiques de l'urine, les altérations du rein, multi-

---

(\*) Conférence du jeudi - Pavillon L. Hôpital Charles Nicolle - Service du D<sup>r</sup> BENMUSSA, Février 1956.

plicité qui constitue actuellement ce complexe appelé lithiase rénale et qui est à la base de son traitement médical.

Enfin, un troisième aspect, est celui de :

### 3° La lithiase maladie du rein.

C'est la réaction du contenant à la présence de la pierre, réaction où concourent infection et stase, avec comme résultat le pus et la sclérose.

Sur le premier aspect je n'insisterai pas. C'est un problème de spécialiste, sans intérêt pour le médecin praticien auquel je m'adresse.

La lithiase maladie fera par contre l'objet essentiel de cet exposé.

## I. — LA LITHIASÉ MALADIE

C'est à la connaissance des causes intimes de la lithiase qu'ont tendu les recherches de ces dernières années, dans l'espoir de les contrôler et d'essayer de les stopper.

C'est ainsi qu'est né un traitement médical de la lithiase rénale. Mais il faut bien le dire d'emblée, il n'y a pas de traitement médical de la pierre constituée, ce traitement ne peut s'adresser qu'à :

- l'opéré chez qui on craint la récurrence, qui viendrait tout remettre en question;
- au porteur d'une pierre qu'on n'opère pas :
  - parce que le calcul est petit, silencieux ou, au contraire, volumineux bilatéral;
  - parce que le malade est âgé, fatigué, taré;
- au porteur de calculs ou de sable, au rein radiologiquement indemne, et chez lequel on craint la survenue d'une concrétion.

En bref, au candidat à la lithiase, au porteur d'un calcul qu'on craint de voir s'accroître.

C'est donc un traitement essentiellement préventif, il ne peut rien contre la pierre constituée. C'est à la maladie lithogène même qu'il prétend s'adresser.

— Le calcul expulsé ou enlevé chirurgicalement constitua naturellement le premier élément de cette étude. On l'a analysé dans l'espoir de saisir par delà sa nature chimique le trouble métabolique en cause.

- Ce fut ensuite l'urine et ses modifications physicochimiques.
- Le rein enfin, avec ses modifications de structure, de paroi.



*affections  
rhinopharyngées*



**NÉOMYCINE DIAMANT**  
*solution nasale*

*aérolisée  
par gaz inerte sous pression*

**ENFANTS :**

flacon de 10 cc de Néomycine simple

**ADULTES :**

flacon de 10 cc de Néomycine avec Nitrate de Naphthazoline

*Remboursé S.S. Admis à l'AM.G.*

**SOCIÉTÉ DES ANTIBIOTIQUES DE FRANCE**

67, Bd Haussmann - PARIS (8<sup>e</sup>)

Anj : 46-30

ALJANVIC

400 • 6

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS

## A) LA NATURE CHIMIQUE DU CALCUL

Avait semblé donner au départ la clé du problème :

1° C'est au **radical acide** qu'on s'adressa tout d'abord, laissant complètement de côté le radical alcalin dont on connaît actuellement l'importance. Et c'est ainsi que l'on classa les lithiases, en lithiases uriques, oxaliques, phosphatiques, cystiniques, pour ne citer que les principales.

a) La **lithiase urique** présente seule une certaine autonomie. Le radical acide jouant ici le rôle prédominant.

D'où vient cet acide urique :

— Le plus souvent d'un trouble du métabolisme des purines. La lithiase urique fait partie de cette fameuse diathèse urique dont témoigne l'association fréquente avec la goutte, la lithiase biliaire, etc... Mais en fait **leur association est loin d'être constante**. Il n'existe aucun parallélisme entre eux et la présence de l'un n'implique en aucune façon l'existence présente ou future de l'autre.

De même l'hyperuricémie existe dans un cas sur trois et si la présence a une valeur diagnostique certaine, la réciproque est loin d'être vraie, l'excès d'acide urique dans le sang n'entraîne pas nécessairement la formation de calcul : **d'autres facteurs sont nécessaires**.

— L'origine de cet acide urique n'est pas nécessairement dans l'excès des purines ingérées. Les Chinois, les Hindous dont l'alimentation est essentiellement végétale font autant de calculs uriques.

Par contre, le rôle des repas copieux, abondants, gras, apparaît certain même quand l'apport purique est nul. C'est souvent la lithiase du gros mangeur du pléthorique hépatique. Le trouble des purines en cause est le plus souvent endogène.

— L'incidence thérapeutique n'est pas ici sans intérêt. C'est pratiquement la seule lithiase où le régime et le mode de vie ont leur importance. Diminution de l'apport purique, augmentation de l'élément lactovégétarien, meilleure hygiène alimentaire, correction des troubles hépatiques souvent associés, ceci est trop connu pour que j'y insiste.

— L'abus de certaines médications, le diéthylène diamine (Piperazine) en particulier, mérite qu'on s'y arrête. Ce produit est réputé dissoudre l'acide urique. De là à en faire un dissolvant de tous les calculs, un traitement de toutes les manifestations de la maladie lithiasique, il n'y avait qu'un pas qui fut facilement franchi. Et la Piperazine fait partie de toute ordonnance concernant de près ou de loin la lithiase urinaire.

Je ne sais quelle est la valeur de la Piperazine comme dissolvant de l'acide urique, mais j'affirme en tout cas qu'elle n'a jamais dissous

le moindre calcul, le moindre sable, fut-il d'acide urique, et encore moins d'oxalate ou de phosphate. C'est un alcalinisant et seulement un alcalisant et c'est son seul intérêt dans les lithiases uriques, lithiases acides. Sa prescription devient une véritable hérésie dans les autres lithiases, lithiases alcalines. Non seulement son action est nulle contre la pierre, mais par son action alcalinisante elle devient un facteur lithogène supplémentaire. J'aurai l'occasion d'y revenir.

— A côté de l'origine métabolique de la lithiase urique, il est certains aspects particuliers que nous ne devons pas ignorer.

La lithiase urique des leucémiques, où la colique néphrétique est fréquente surtout après radiothérapie, par destruction nucléaire. De même la fréquence de la lithiase urique après traitement par Cortisone, A.C.T.H., Phényl Butazole.

b) La lithiase oxalique reste, par contre, très mal connue malgré les travaux de LOEPER et de son école.

L'hyperoxalémie, l'hyperoxalurie ne sont pas constantes. Une alimentation riche en acide oxalique (aliments oxalophores) ne suffit pas, dans le cadre de l'expérimentation, à provoquer l'apparition d'acide oxalique.

On connaît par contre, la possibilité d'une origine endogène à partir d'aliments dits oxalogènes, essentiellement les glucides, sous l'influence de bactéries, de parasites intestinaux. L'oxalémie est souvent élevée chez les diabétiques non traités.

Mais la présence d'acide oxalique ne signifie pas toujours lithiase et la lithiase oxalique ne s'accompagne pas toujours d'hyperoxalémie, on ignore totalement les liens qui les unissent, d'autant que le radical alcalin joue ici un rôle important. Il s'agit pratiquement toujours d'oxalate de calcium.

L'incidence thérapeutique est ici théorique. Plus que sur la suppression classique des aliments oxalophores (cacao, oseille, etc...) on insiste actuellement sur la réduction de glucides et hydrates de carbone qui semble être l'origine de la plus grande partie de l'acide oxalique. De même une certaine hygiène alimentaire, la recherche et le traitement des parasitoses intestinales.

Parmi les médications proposées :

le magnésium diminuerait le rapport ca/mg dont l'élévation favoriserait la précipitation des oxalates;

la correction des troubles du métabolisme glucidique, l'insuline à petites doses a même été préconisée.

En tout cas, jamais de Piperazine, qui doit être ici totalement proscrite.



c) **La lithiase phosphatique** peut être calcique ou ammoniacomagnésienne.

Le radical acide ne présente ici qu'un rôle très restreint, le métabolisme du phosphore étant intimement lié à celui du calcium et tout trouble du second retentit fatalement sur lui, de sorte que leur étude se confond nécessairement.

Les seules données intéressantes concernant le phosphore ont été apportées par SHORR en 1945.

Le principe est le suivant : les gels d'alumine ont la propriété de précipiter dans l'intestin sous forme d'un phosphate d'alumine insoluble et inabsorbable, les phosphates alimentaires. Il en résulte une réduction de la résorption intestinale, d'où abaissement du phosphore sérique et réduction de leur excrétion urinaire.

SHORR soumet ses malades d'une part à un régime contenant 1.500 mg de P. et 700 mg de calcium, d'autre part à des gels d'alumine :

soit 80 à 100 cc de Basalgel (carbonate d'alumine) qu'il précipite particulièrement;

soit 120 à 160 cc d'Amphogel (hydroxyde d'alumine) par 24 heures.

Des dosages quotidiens du P. urinaire permettent de déterminer la dose optima calculée sur une excrétion journalière de 300 mg environ de P. (normale 1 gr).

Les résultats paraissent excellents puisque sur 36 reins lithiasiques, il n'y eut que trois augmentations légères de calculs préexistants.

En France, les gels d'alumine ont été étudiés par LOEPER et COTTET ainsi que par R. GENOT. Les produits employés sont l'alucol et le gelusil qui sont des hydroxydes d'alumine. Le phosphalugel semble devoir être proscrit puisque c'est lui-même un phosphate d'alumine. Pour atteindre les doses de SHORR, trente comprimés par jour sont nécessaires avec un régime approprié, ce qui en limite l'emploi. Ce traitement ne peut être appliqué que dans les cas où les phosphates urinaires seraient anormalement élevés.

d) **La lithiase cystinique**, j'en parlerai peu. Elle est extrêmement rare. Ici la cystinurie est constante, due à un amino acide sulfuré, issu d'un trouble du métabolisme des protéines. Affection héréditaire, c'est une lithiase essentiellement acide dont le seul traitement est les alcalins par voie générale et locale.

En conclusion, l'étude métabolique du radical acide apparaît décevante. Une hyperconcentration existe parfois dans le sang et l'urine, mais elle n'est pas constante et sa présence n'est pas toujours suivie de la formation de pierres ni même de sable, toute l'attention se porte actuellement sur le radical alcalin et singulièrement sur le calcium et son métabolisme.

# UN IMPLANT LIQUIDE:

50, 100 et 250 mgr. pour 1cc

- solution huileuse limpide
- concentration maxima
- retard maximum: 3 à 5 semaines

## ANDROTARDYL POUR L'ANDROGÉNOTHÉRAPIE RETARD

**REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE**

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS  
SERVICE SCIENTIFIQUE  
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS — PARIS — VII<sup>e</sup>  
TÉL. INV 74-19

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS

# PULMOVACCIN

Toutes les affections microbiennes du Poumon

Complexe d'Essences Balsamiques pures

## TUBEROL

Voies respiratoires, Coqueluche, Broncho-Pneumonie

PUR  
ONGUENT  
OLÉO  
INJECTABLE 2 cc. et 5 cc.  
SIROP

# CANTÉÏNE

PASSIFLORE

(Sédative) 0,50

ELIXIR — DRAGEES — SUPPOSITOIRES

HAMAMELIS VIRGINICA

(Décongestive et régulatrice  
du système vasculaire)

XXX gouttes

SALIX ALBA

(Fébrifuge)

0,25

CRATÆGUS OXYACANTHA

(Toni-Cardiaque)

XXV gouttes

MENTHE

(Stimulant)

X gouttes

Triade : Sédative, Régulatrice, Décongestive, Hyperactivée

Indication : Eréthisme cardiaque

Neurasthénie, Névroses, Ménopause, Insomnie Cardiotonique Hypotensive

MODE D'EMPLOI : 2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas et au coucher

## BALSEPTOL

Plaies, Brûlures  
Affections gynécologiques

## DISURYL

Pyélonéphrites  
Cystites, Bacilluries

Pour ADULTES et FILLETES

## VACCINOVULES

Culture atténuée de gonocoque, synocoque, staphylo, B. d'Hoffmann.

Produits des Laboratoires BOUTEILLE, 23, Rue des Moines, PARIS

Tunisie : M. FLORIS, 4, rue du Portugal — TUNIS



## B) LE RADICAL ALCALIN

Le calcium entre dans la composition de la plupart des calculs phosphatiques et oxaliques. Son étude a jeté des lumières nouvelles sur la formation de beaucoup de calculs.

Le lieu de stockage est l'os qui renferme 99 % du calcium combiné au P. sous le rapport constant CA/P = 2. Ce stock est l'objet de remaniements incessants régis par plusieurs facteurs dont le plus important est endocrinien : la parathormone. Le taux de calcium dans le sang est remarquablement constant, 90 à 110 mg. L'élimination se fait surtout par l'urine à partir d'un seuil de 70 mg/l. Cette élimination dépendra donc essentiellement de l'apport.

Dans les lithiases calciques existe toujours à un degré quelconque une hypercalciurie dont l'origine est le plus souvent la réserve osseuse.

a) Parfois existent *des altérations macroscopiques* radiologiquement évidentes de l'os :

— *Par altération primitive de la matrice osseuse.* Tout ce qui touche gravement les os, les articulations importantes, peut se compliquer de lithiase rénale : tuberculose, fractures, ostéomyélite; à côté de l'hyperhémie et de la décalcification locale, il faut souligner le rôle de l'immobilité de la stase, du déséquilibre alimentaire.

— L'ostéose parathyroïdienne de Redklinghausen classique avec ses modifications osseuses caractéristiques se complique fréquemment de lithiase d'autant plus grave qu'elle est souvent silencieuse, découverte radiologique.

— De même certaines ostéoarthroses, rhumatismes chroniques déformants, spondyloses déformantes, certaines ostéomalacies d'origine parathyroïdiennes.

Il est à remarquer que les ostéomalacies d'origines carentielles (rachitisme) ne se compliquent jamais de lithiase, car la calcémie est normale ou abaissée, la calciurie abaissée.

— Les ostéoporoses quoique plus rarement peuvent être à l'origine de lithiases calciques.

C'est à ce groupe qu'appartiennent *les lithiases des immobilisés et des allongés.* Leur fréquence a fait l'objet de nombreuses publications récentes.

Leur pathogénie est complexe :

- stase et concentration urinaire par ralentissement de la nutrition et de la circulation intrarénale;
- suppression de la stimulation physiologique des ostéoblastes par l'effort;
- trouble endocrinien d'origine cortiso-surrénalien;
- infection ascendante par sondages répétés.

Leur fréquence justifie *les mesures préventives* préconisées :

- éviter la stase par la fréquence des mictions, boissons très abondantes, régime légèrement déchloruré acidifiant;
- aseptie des sondages;
- proscription de toute médication à base de sulfamide de Atophan, calcium, vitamine D, les médications alcalines.

b) *Souvent aucune altération osseuse n'est visible.*

1° Actuellement c'est à l'**origine endocrinienne** que l'on pense d'abord. *L'hyperparathyroïdie primitive cryptogénétique* en est l'aspect le plus intéressant par les incidences thérapeutiques qu'elle comporte.

Il ne s'agit plus ici de maladie de Redklinghausen, mais d'une expression purement rénale d'une hyperparathyroïdie latente. C'est la maladie d'Albright, telle qu'il la décrit en 1934, connue en France depuis 1949 après les travaux de J. A. LIÈVRE.

La fréquence dans le cadre de la lithiase rénale a été diversement appréciée, elle varie de 3 à 10 % suivant les statistiques, divergences qu'expliquent l'inégalité des critères de diagnostic suivant les auteurs.

*Il faut y penser :*

— Typiquement devant toute lithiase phosphocalcique importante bilatérale, surtout quand elle est rapidement et massivement récidivée, chez le sujet jeune.

En fait l'hyperparathyroïdie a été trouvée dans tous les types de lithiase et à n'importe quel âge.

*Le diagnostic se base :*

— Cliniquement sur certains signes importants, tels que la soif, la polyurie, parfois asthénie intense, troubles gastro-intestinaux.

— Radiologiquement les signes classiques manquent, d'où certains clichés préconisés, dents, mains, crâne, à la recherche de lésions plus fines.

La découverte clinique un adénome parathyroïdien est rare d'où *la valeur capitale du syndrome humoral*. A côté de l'hypercalcémie et de l'hypercalciurie, l'hypophosphorémie inférieure à 30 mg constitue le signe le plus fidèle, quasi pathognomonique, quand il s'associe au précédent. Pas de modifications des phosphatases alcalines en l'absence de troubles osseux.

Dans le doute on a préconisé les bilans calciques, les tests à l'hormone parathyroïdienne. Mais c'est surtout la répétition des examens biologiques par leur constance et leur association qui conduiront à l'exploration chirurgicale des parathyroïdes.



*Rhumatismes....*

# **Thionaiodine** *Vitaminee B<sub>1</sub>*

INJECTABLE  
100 MGRS



COMPRIMÉS  
100 U. I.



Signalons la fréquence d'une altération rénale associée à caractère hyperazotémique, d'origine parathyroïdienne.

2° L'origine rénale de certaines hypercalciuries est également bien connue.

— Certaines néphropathies glomérulo-tubulaires avec hyperparathyroïdie secondaire et acidose entraînent des lésions osseuses avec hypercalciuries, par un mécanisme complexe où entrent en jeu surtout un fléchissement du filtrat glomérulaire, une incapacité du tube à sécréter l'ammonium nécessaire à l'élimination des acides d'où utilisation parmi les bases disponibles du calcium, hypocalcémie, hypocalciurie, d'où stimulation des parathyroïdes et lésions osseuses du type fibrosique.

Ici pas d'hypophosphorémie, le phosphore étant impuissant à vaincre la barrière du glomérule insuffisant.

Il s'agit en général d'insuffisance rénale sévère et prolongée avec acidose sévère hyperchlorémie R. A. basse.

Le traitement consiste ici à lutter contre l'hypocalcémie par le gluconate de calcium Vitamine D en se basant sur le retour des phosphatases alcalines à la normale pour arrêter la vitaminothérapie. Lutte contre l'acidose par les sels alcalins.

— Les néphropathies tubulaires pures ne sont que très rarement à l'origine de lithiase. C'est par ce mécanisme que s'expliquent les lithiases au cours du rachitisme avec nanisme d'Albright, au cours du syndrome de Fanconi

D'une manière générale toutes les causes d'acidose hyperchlorémique peuvent être à l'origine de précipitations calciques.

c) *Mais dans bien des cas on ne trouve aucune cause.*

Ce sont les *hypercalciuries idiopathiques* si fréquentes, sensibles aux influences alimentaires, au Ph acide, à la vitamine D, d'où l'utilité d'un large apport hydrique d'une réduction modérée du calcium alimentaire. Il faut souligner chez ces malades le danger d'un régime acidifiant trop intense.

Il s'agit de sujets en bonne santé apparente, sans aucune altération endocrinienne rénale ou osseuse, avec calcémie, phosphorémie normales.

\* \* \*

Telles sont les données apportées par l'étude chimique des calculs. Elles nous montrent que l'hyperconcentration dans les urines de certains électrolites constitue un facteur prédisposant nécessaire, mais

qui n'est pas toujours suffisant pour aboutir à leur précipitation. Celle-ci requiert d'autres facteurs que l'étude physicochimique de l'urine nous permet actuellement d'entrevoir.

### C) MODIFICATIONS PHYSICOCHIMIQUES DE L'URINE

Que représente l'urine par rapport à ces électrolytes : une solution sursaturée et de composition très complexe où des substances électrolytiques et **non électrolytiques** sont à des concentrations beaucoup plus grandes que ne leur permet leur simple solubilité dans l'eau.

Le maintien de cet état de sursaturation sans précipitation est sous la dépendance de plusieurs facteurs :

- une quantité minima de solvant nécessaire au maintien d'une diurèse suffisante;
- un Ph acide;
- l'absence d'infection et de tout corps étranger dans l'urine;
- l'existence de colloïdes protecteurs.

#### 1° Une quantité minima de solvant.

Est essentielle. Le rôle néfaste de l'oligurie est trop connu pour que j'y insiste.

L'épreuve de cristallurie provoquée ne se produit qu'à partir de la densité d'alarme de 1010.

D'où la lutte contre les causes d'oligurie : transpiration exagérée en périodes de chaleur, restriction volontaire de liquide (amaigrissement), manque de soif.

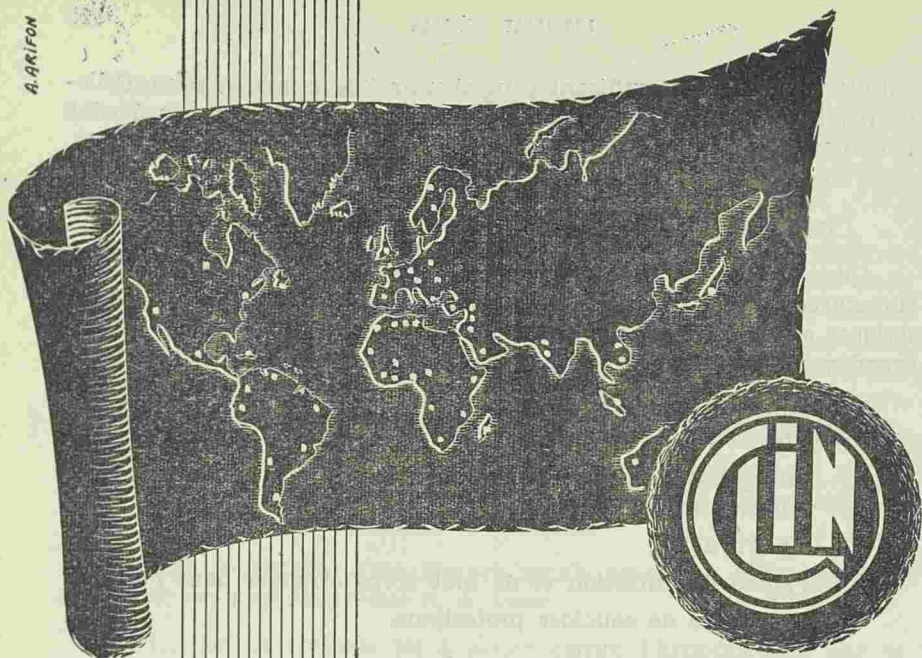
D'où l'importance des cures de diurèse, l'élimination nyctémérale ne devant en aucun cas être inférieure à 1 litre.

Les ingesta-liquidiens doivent être régulièrement répartis dans le nyctemere en évitant tout apport massif. On s'adressera suivant les cas aux eaux sulfatées calciques (types Contrexéville, Vittel) ou aux eaux oligométalliques (type Evian).

#### 2° Le Ph urinaire.

Il joue également un rôle capital. Normalement acide, avec une légère tendance alcaline post-prandiale, il favorise la production de calculs phosphatiques, quand il devient alcalin; de calculs uriques ou cystiniques, quand il est franchement acide. L'oxalique se forme en Ph variable, parfois acide, souvent alcalin.

D'où nécessité d'un contrôle systématique et répété du Ph urinaire ;



**MERCAPTOMERINE**  
Diurétique Mercuriel

Flacons

**BIOCIDAN**

Antiseptique pénétrant

Solution Collutoire Collyre

Flacons 30 cc. Flacons 30 cc. Ampoules 10 cc.

Tablettes Poudre Chirurgical

Boîtes 24 Flacons 10 g. Ampoules 10 cc.

**CORALEPTINE**

Analeptique Cardio respiratoire

Boîtes de 6 ampoules (inject.)

Flacons compte-gouttes 30 cc



— Les lithiases uriques sont justifiables des alcalins. Bicarbonate ou mieux citrate de soude. Pas trop cependant, une lithiasé alcaline pouvant se greffer sur elle.

— Le bicarbonate de soude à fortes doses constitue par ailleurs le traitement de base de la lithiasé cystinique.

— Mais ce sont les lithiases phosphatiques, alcalines, qui bénéficient le plus de la correction du Ph. *Je ne saurais trop souligner à nouveau l'hérésie que constitue ici l'administration de Piperazine et autres produits similaires, agents alcalinisants.*

Les causes de l'alcalinité doivent être soigneusement recherchées et traitées :

— D'abord l'infection urinaire par germes uréolytiques. Le proteus, le paracolon aérobacter, sont parmi les plus nocifs. Leur recherche doit être systématique chez tout lithiasique infecté. Le gantrisine, la furadoïne sont particulièrement actifs sur eux. Les alcaloses infectieuses ne cèdent à aucun autre traitement, à aucune acidification.

— Certaines alcaloses d'origine digestive entrevues depuis longtemps commencent à être connues et traitées.

— Mais il est de nombreuses alcaloses idiopathiques relevant souvent d'un terrain particulier. Elles sont très sensibles à l'administration de chlorure d'ammonium, dont la dose optima variable avec le sujet doit être exactement définie, une acidification intempestive augmentant l'élimination de calcium urinaire.

Les notions de Ph et de concentration urinaire nous amènent à parler de la **Cristallurie**.

La présence de cristaux dans les urines est trop souvent interprétée pour affirmer l'instabilité de l'urine et de son contenu, pour préjuger de la nature de la lithiasé. De telles conclusions reposent sur des bases erronées, quand on sait que les précipitations dépendent essentiellement de la densité urinaire et du Ph, eux-mêmes sujets à des variations suivant les moments de la journée et les ingesta.

De même certains facteurs peuvent perturber l'état des urines recueillies in vitro :

— Le temps, le repos favorisent la précipitation, d'où nécessité de l'examen juste après émission.

— La température diminue de précipitation.

— Certains germes alcalinogènes peuvent précipiter les phosphates ammoniaco-magnésiens de calcium, indépendamment du type de terrain lithiasique.

C'est en fonction de ces données que J. COTTET a proposé l'épreuve de la cristallurie provoquée qui renseignera non seulement sur l'existence et la nature chimique des cristaux, mais aussi sur le rôle dans la précipitation des facteurs Ph et concentration.

— En cas de densité supérieure à 1010-1025, l'absence de cristaux a peu de valeur, leur présence est un signe certain d'instabilité.

— En cas de densité inférieure à 1010-1025, la fréquence a peu de valeur, l'absence un argument de poids pour la stabilité.

Chez le non lithiasique :

— La présence de sels d'oxalate, remarquablement instables, est d'une fréquence telle, qu'elle n'aura de signification vraiment pathologique que soumise à des critères rigoureux : densité inférieure à 1010, examen pratiqué rapidement après émission.

— En cas de précipitation ammoniaco-magnésienne dans des urines très alcalines, penser à un régime, une médication très alcalinisante, à une infection urinaire avant d'invoquer la lithiasie.

Chez un lithiasique :

La composition du sédiment peut-elle faire préjuger de la nature du calcul existant ou faire prévoir celle qui ne risque d'apparaître ? La confrontation avec les calculs éliminés ou enlevés a montré que, pour :

— les sédiments uriques :

le calcul a toute chance d'être urique, surtout lorsque l'acidité marquée est constante dans tous les échantillons;

— les sédiments oxaliques :

le calcul peut être oxalique (11 cas sur 16), mais aussi phosphatique. Le Ph oscille dans les limites normales;

— les sédiments phosphatiques ou oxalophosphatiques :

il s'agit de lithiasie phosphatique seulement en cas de Ph constamment très alcalin, de lithiasie oxalique en cas de Ph dans les limites normales.

La conclusion de ce développement un peu long, est que seule la lithiasie urique présente une personnalité assez nette. Dans tous les cas, les sédiments sont uriques ou oxalo-uriques avec Ph uniformément acide. En cas de lithiasie oxalique, le sédiment peut être oxalique, oxalo-urique, oxalo-phosphatique.

### 3° La stérilité des urines.

Le rôle lithogène de certains germes dans les urines est actuellement trop connu pour que nous y insistions. Dans les urines infectées, les causes de précipitation sont multiples ;

Dédoublément de l'urée en ammoniacque, alcalinisation des urines, lésions pariétales, rupture de l'équilibre colloïdes cristalloïdes, sans compter les centres de cristallisation que constitue le corps microbien lui-même. Le proteus, l'aérobacter, le staphylocoque sont parmi les plus nocifs. Le contrôle de l'infection urinaire est actuellement l'une des bases de la prévention de la lithogénèse.

#### 4° Les colloïdes protecteurs de l'urine.

Sont actuellement à la mode depuis certaines applications thérapeutiques tentées par BUTT :

— La théorie est certes déjà ancienne, énoncée par LICHWITZ en 1919 :

les cristalloïdes contenus dans le calcul sont réunis entre eux par une trame colloïde;

les colloïdes contenus normalement dans les urines assurent la dispersion des cristalloïdes et empêchent leur précipitation. Ils agissent :

- Par leurs dimensions submicroscopiques et leur surface de dispersion énorme 5.000 m<sup>2</sup> pour un gramme de substance colloïdales.

Cette large surface absorbe les ions dispersés et s'oppose à leur précipitation.

- Ces ions sont chargés d'électricité, le plus souvent de signe opposé, ce qui empêche leur assemblage en agrégats plus denses.

- De plus les mouvements browniens de ces particules s'opposent à leur sédimentation.

Toute perturbation du pouvoir protecteur de ces colloïdes favorise la précipitation par dépôt de cristalloïdes, agglomération, conglomération de colloïdes.

— Cette théorie fut reprise en 1952 par BUTT et ses collaborateurs.

Partant du fait que l'hyaluronidase augmente les colloïdes protecteurs, ils administrent cette drogue à des doses variables suivant chaque cas, en moyenne deux ampoules par jour. La dose est 3/4 fois plus élevée en cas d'infection.

Ils se basent pour cette dose sur :

la diminution du trouble macroscopique des urines;

la réduction de la tension de surface;

l'augmentation du nombre des colloïdes à l'ultramicroscope.

Il souligne l'importance de la dose exacte. Des dosages insuffisants ou trop forts ayant des résultats exactement contraires.



Sur 36 malades ainsi traités il n'eut que 13 % d'échecs chez des lithiases secondaires de cause inconnue. Il obtint même une diminution de taille ou de densité des pierres dans respectivement 6,6 et 4,7 % des cas. Il est à noter qu'il adjoignait toujours, diurèse abondante et désinfection des urines.

Les publications ultérieures ne témoignent pour la plupart que d'un enthousiasme modéré sur l'efficacité de l'hyaluronidase, qu'il s'agisse de VERMEULEN, PRION aux U.S.A. ou DINGLEY et BADENOCH en Angleterre. R. GENOT a étudié particulièrement la question en France. Sur 538 échantillons examinés à l'ultramicroscope, quelles que soient les doses injectées et l'heure de l'examen, il ne vit aucune modification importante dans le nombre des particules colloïdes.

La multiplicité et la répétition des examens nécessaires au maintien de la dose optima constitue d'ailleurs un obstacle majeur à l'utilisation pratique d'une telle thérapeutique. Elle n'en constitue pas moins un apport considérable dans la pathogénie de la lithiase et a ouvert la voie à des recherches qui se poursuivent actuellement.

#### D) LES ALTERATIONS DU REIN, FACTEURS LOCAUX DE LA LITHOGENESE

Elles rendraient compte, non plus des processus de précipitation, mais de la formation du calcul lui-même, de la pétrification.

##### 1° La stase urinaire.

Constitue un facteur lithogène indéniable et depuis longtemps connu. Tout ralentissement du flux urinaire dans les cavités rénales, prédispose à la lithiase. Cette stase peut être dynamique, elle peut être due au décubitus, mais les plus importantes sont d'ordre mécanique, par obstacle sous-jacent et c'est le mérite de mon Maître R. COUVELAIRE d'avoir récemment attiré l'attention sur elle. La vieille distinction de Guxon entre calcul d'organe et calcul d'organisme à propos de la vésie est aussi vraie pour le rein.

Cet obstacle peut siéger à un niveau quelconque de l'appareil excréteur d'où son exploration systématique chez tout lithiasique par urographie et si besoin urétéropyelographie rétrograde. Les causes de stase sont multiples. Retrécissement, artères anormales, brides, coudures, sclérolipomatose, sténose, malformations rénales, reflux, sténoses basses, etc... Elles doivent être minutieusement recherchées en trois points, surtout : jonction urétéropyélique, urétérovésicale, col vésical, et traitées chirurgicalement.

##### 2° Les altérations de l'épithélium pyelocaliciel.

Ont toujours constitué un appel à l'incrustation calcaire.

On connaît les calcifications secondaires de certaines lésions macroscopiques : tumeurs, ulcérations, cavernes, calcites, etc...

Ces lésions peuvent être par contre extrêmement discrètes. Ceci nous amène à parler de la célèbre théorie de RANDALL émise en 1937.

RANDALL s'était surtout attaché à l'étude des papilles. En s'aidant d'une loupe, il avait découvert dans certains reins, des tâches minuscules près de la pointe d'une ou plusieurs papilles, tâches qui seraient formées de nucléinate de calcium en situation sous-épithéliale. Pour RANDALL, certaines de ces tâches finissent par détruire l'épithélium sus-jacent donnant de petites ulcérations; au contact de l'urine, des sels de calcium s'y déposent d'où l'amorce de minuscules calculs, souvent nettement visibles, accrochés aux papilles de certains reins. En s'accroissant ils se détachent de leur amorce, laissant comme terrain une facette plane, et sont dans la plupart des cas entraînés par le flot urinaire se manifestant sous l'aspect de sable.

Mais le processus peut être modifié par deux facteurs :

— La muqueuse ulcérée et infectée de la papille peut adhérer étroitement au calcul et l'empêcher de se détacher.

— Il peut exister en aval un obstacle mécanique à l'expulsion du calcul ainsi retenu, il va grossir sur place par l'apport minéral permanent que réalise la précipitation et suivant qu'il ait pu franchir ou non la jonction pyélo-calicelle ou pyélo-urétérale, on aura un calcul caliciel, pyélique, urétéral.

Ces dépôts calcaires peuvent siéger d'ailleurs dans le tube papillaire près de la pointe. C'est le type II de RANDALL.

L'existence de minuscules plaques a été confirmée depuis par plusieurs urologues et anatomopathologistes, et il n'est pas jusqu'à la morphologie des calculs jeunes qui ne soit en faveur de cette théorie.

L'origine de ces plaques pour RANDALL serait d'ordre dégénératif. De récents travaux ont montré qu'il pouvait en être autrement.

### 3° L'hypothèse de CARR.

Déjà ANDERSON en 1940 avait remarqué la fréquence de dépôts microscopiques de calcium dans les préparations de routine de reins prélevés au cours de 1.200 autopsies. Ces microlithes existent aussi bien dans le cortex que la papille.

CARR en 1954, au cours de radiographies péropératoires systématiques, par des techniques très fines de reins, en cours d'intervention ou après autopsie, met en évidence de petits amas radio-opaques invisibles par les techniques habituelles et qui, analysés, contenaient du calcium. Il les trouve juste en dehors des cils de sac des calices ou alignés le long des artères interlobulaires sur les côtés ou entre les py-

**HYPERCHLORHYDRIE  
DYSPEPSIES NERVEUSES**

*Toutes  
gastralgies*

**KAOBROL**

**3 Formules**

SIMPLE = POUDRE & TAB.

BELLADONÉ = POUDRE & TAB.

BISMUTHÉ = POUDRE

Laboratoires Joseph LAROZE, 56, rue de Paris, Charenton (Seine)

**HÉPATISME  
ARTHRITISME**

*Cure de  
décholestérolinisation*

**DECHOLESTROL**

1 PAQUET douze jours par mois  
matin et soir avant les repas  
dans un demi verre d'eau



ramides, sous la zone cortico-médullaire, sous la capsule. Presque toujours, ils sont le long des vaisseaux souvent en chaînons, et fait important, logés dans de petites cavités à parois lisses, tapissées par un endothélium, qui seraient des lymphatiques. Etant donné que le courant lymphatique du rein se fait de la papille vers le cortex, CARR admet que ces microlithes sont normalement entraînés par voie lymphatique vers les ganglions préaortiques. Il émet l'hypothèse que les calculs se forment lorsque le drainage lymphatique cesse de fonctionner normalement, qu'il y ait surcharge par un nombre excessif de microlithes (hypercalciurie, hyperparathyroïdie, etc...) ou qu'il y ait obstruction inflammatoire.

D'après CARR l'obstruction a le plus de chances de se former là où les lymphatiques sont déjà munis de valvules, c'est-à-dire, près des culs de sac des calices. A ce niveau, les lymphatiques circulent tout près de l'épithélium qui de ce fait peut ulcérer et cette ulcération former l'amorce d'un calcul, ce qui rejoint la théorie de RANDALL.

Avec GOORMAGHTIGH, on peut conclure que les travaux de RANDALL, ANDERSON et CARR, semblent se compléter : tandis que rein normal, les microlithes sont drainés par les lymphatiques vers les ganglions préaortiques, dans le futur rein lithiasique, la surcharge des lymphatiques ou leur obstruction inflammatoire entraîne un empilement de microlithes qui s'agglomèrent en concrétions. Ceux-ci s'accumuleraient de préférence autour des culs de sac des calices, ou vers la pointe des papilles pour former la plaque de RANDALL. En détruisant l'épithélium voisin, la plaque amorce la formation du calcul.

Telles sont les données les plus récentes concernant la lithiasé maladie. Il semble que malgré des inconnues nombreuses, les recherches de ces dernières années nous rapprochent de la solution. Il en est qui ont cherché la cause dans l'appareil urinaire, d'autres qui ont prétendu la trouver dans un trouble du métabolisme général. Il s'agit en fait de la conjonction de facteurs multiples, facteurs de cristallisation, facteurs de conglomération, facteurs locaux et généraux, ceux-ci impliquant des troubles du métabolisme général. C'est sur les déviations de la libération et de l'excrétion du calcium que nous sommes le mieux renseignés.

Parfois l'un des facteurs l'emporte et c'est schématiquement qu'on distingue les lithiases d'organe où des facteurs lésionnels locaux réclament un traitement local, des lithiases d'organisme où les troubles d'ordre général et métabolique prédominent.

Il est certes aussi des cas particuliers où la pathogénie apparaît claire, immobilisation prolongée, hyperparathyroïdie. Mais dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une maladie métabolique générale se manifestant au niveau du rein par suite de l'éclosion de conditions physicochimiques spéciales. La maladie lithiasique n'est pas une, mais multiple, faite d'un complexe métabolique et rénal dont commençons à peine à définir les éléments.

## II. — LA LITHIASE MALADIE DU REIN

Je ne terminerai pas sans un mot sur la lithiase maladie du rein, sur les réactions du contenant à la présence du corps étranger et des lésions qui en résultent.

Ces réactions vont obéir à deux processus :

- l'un inflammatoire, est l'infection ascendante, parfois sanguine;
- l'autre dynamique, est la stase urinaire et la dilatation.

L'aboutissant en est le pus, la sclérose, souvent associés.

Parfois la suppuration prend le pas. C'est alors la pyélite, l'abcès du parenchyme, la pyonéphrose avec destruction partielle ou totale du rein, la périnéphrite, qui souvent se succèdent, s'associent, se conditionnent mutuellement. Ce sont des aspects chirurgicaux du problème qui n'ont pas de place ici.

Plus rarement la sclérose domine, envahissant le parenchyme avec comme résultat l'insuffisance rénale improprement appelée jusque-là néphrite lithiasique. Nous devons à DÉROT et plus récemment à MAYER et ses collaborateurs une meilleure connaissance de ce chapitre de la lithiase rénale.

Il faut en souligner la rareté, car il est un fait bien connu qu'une lithiase même de longue durée, même volumineuse et bilatérale, même infectée est compatible souvent avec un fonctionnement rénal normal ou presque normal. Sur 300 observations citées par DÉROT, on trouve une azotémie permanente seulement dans 8 % et une insuffisance rénale légère dans 7 % des cas.

Elle se présente le plus souvent sous l'aspect d'une azotémie discrète solitaire sans manifestations subjectives associée à une hypertension. La découverte d'albumine est sujette à caution étant donné la fréquence du pus et du sang dans l'urine. Il n'y a jamais d'œdèmes.

Elle peut regresser ou même disparaître après ablation du calcul. Dans les cas de contre-indication opératoire ou parfois malgré l'intervention, elle évolue très lentement et se stabilise longtemps avant de s'accroître à nouveau. Même au-dessus de 1 gramme, elle est compatible avec une survie prolongée. Ces poussées, conditionnées par un épisode d'infection urinaire, un accident de rétention pyélique ou un phénomène mystérieux sont susceptibles de regressions paradoxales souvent spontanées.

L'aboutissant en est l'anurie calculeuse par destruction parenchymateuse bilatérale, lorsque le malade vivait la veille avec un seul rein, l'autre étant complètement détruit par la lithiase.

En effet, cette insuffisance rénale se voit surtout dans les lithiases volumineuses, de type coralliforme, souvent bilatérales, ayant fortement compromis la valeur fonctionnelle d'un ou deux reins. Les plus dangereux sont les calculs phosphatiques par leur tendance extensive. Souvent existe une gêne à l'excrétion avec dilatation et stase, une infection chronique ou bien épisodique et récidivante.

Cette néphrite se classe parmi les néphrites dites interstitielles qui s'oppose aux glomérulo-néphrites, tubulo-néphrites ou néphroangiosclérose. Il s'agit d'une sclérose interstitielle étouffant progressivement les éléments nobles du rein, d'où l'absence d'œdèmes, d'albumine, de cylindres.

Le traitement quand les conditions générales et l'âge du malade le permettent est l'ablation chirurgicale des calculs, après avoir minutieusement posé les conditions tactiques de l'intervention, le traitement général qui doit lui être associé.

On assiste alors souvent à des récupérations fonctionnelles de reins que l'on croyait perdus.

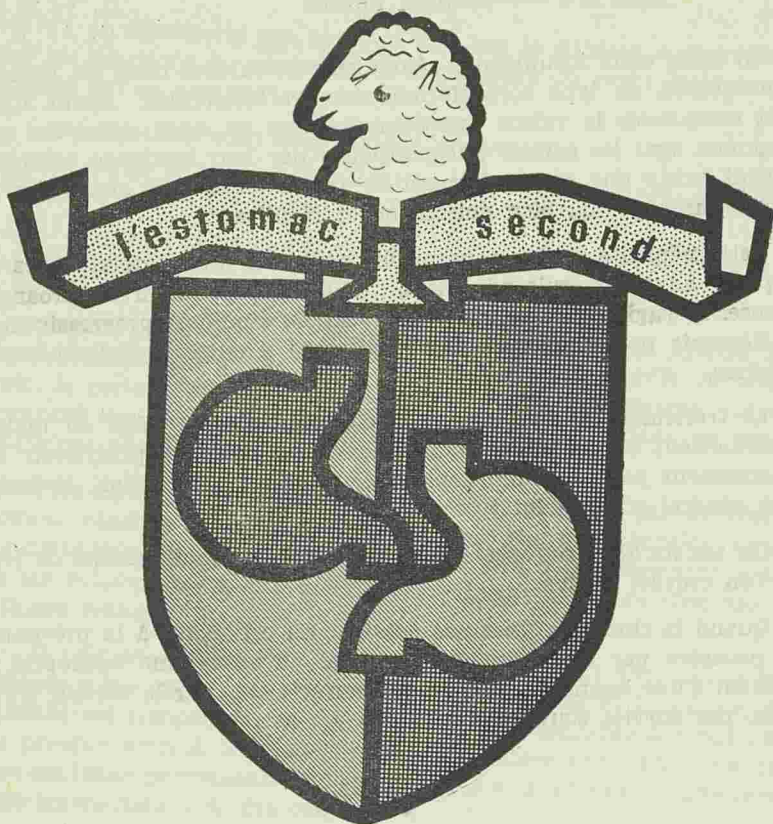
Quand la chirurgie n'est pas possible, on est réduit à la prévention des poussées par un traitement médical et un régime approprié, le maintien d'une bonne diurèse, ce qui permet, aidé par la lenteur d'évolution, des survies souvent étonnantes.



Telles sont les données les plus récentes sur la pathogénie et le traitement de la lithiasé rénale, telles que nous les concevons depuis quelques années.

La maladie ne se résume plus à son aboutissant, la pierre, mais s'inscrit dans un ensemble multiple à la fois général et local. Peu à peu les différents chaînons du processus lithogène se dégagent, et si beaucoup restent encore dans l'ombre, la connaissance de quelques-uns nous permettent déjà, une action efficace sur la maladie elle-même, alors que nous étions jusque-là confinés dans le rôle ingrat d'extracteurs de pierres. La maladie lithiasique n'est pas une, mais multiple, et c'est une meilleure connaissance de ces troubles qui nous permettra d'adapter à chaque cas le traitement qui lui convient.





# Gastro-Pylore

**MUQUEUSE GASTRIQUE TOTALE LYOPHILISÉE**

d'agneau avant sevrage (+ Vit. B 12 20 γ)

**FACTEUR BIOLOGIQUE D'ASSIMILATION**

dénutrition - déficit protidique - anémie - amaigrissement

**Gastrectomisés - Insuffisants digestifs**

**Nourrissons hypotrophiques**

2 flacons par jour aux principaux repas

doubler la dose dans les cas graves

Nourrissons : 1 à 2 flacons par jour à répartir dans les biberons

Boîte de 12 et 24 flacons

**LABORATOIRE DE BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE LAVRIL 13, rue Pécelet - Paris - 15<sup>e</sup>**

## Société des Sciences Médicales de Tunisie

—o—

VENDREDI 26 OCTOBRE 1956

### Présentation de clichés :

*Aspects radiologiques de la lambliaze,*

par MM. J. LAURENTI et A. MASBERNARD.

### Communications :

*A propos d'une invagination iléo-iléale par tumeur du grêle,*

par MM. R. KOSKAS, S. PIÉTRI et A. HAGÈGE.

*Association de la cortisone aux antibiotiques en pathologie infectieuse infantile,*


par MM. R. DIDIER, Mlle M. SAMAMA, Mlle H. GHILEB, R. BEN OSMAN et R. ZANA. (Service du Dr BENMUSSA).

*Traitement chirurgical des péricardites constrictives (présentation de films),*

par MM. J. DEMIRLEAU et A. CHARRAD.

*Anémie hémolytique chronique par auto-anticorps (anémie type Louttit),*

par MM. H. BONAN, G. DIACONO, G. BORSONI et A. DAMÈLE.



**GOUTTES O.R.L. CHIBRET**

*Respectent l'activité vitale et la fonction sécrétrice*

LABORATOIRES  
**CHIBRET**  
CLERMONT-FR • PARIS

**DELTA-CORTISONE 0,25 %**

Suspension pour inst. nasales

En ophtalmologie : Collyre

Prix P. : S.C. 1.377 Fr (Susp.)

S.C. 571 Fr (Colly.)

Produits S.C. Remb. S.S. A.M.G.

**TUNISIE : Ets ZANA & COHEN-JONATHAN**

24, Avenue de Lyon — TUNIS

# TRISULFAZINE-AURÉOMYCINE THERAPLIX



## COMPRIMÉS

FLACON DE 12 - (TABLEAU C)

TRAITEMENT ANTI-BACTÉRIEN GÉNÉRAL  
DES INFECTIONS A GERMES SULFAMIDO  
ET AURÉOMYCINO-SENSIBLES

ADULTES : 4 A 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

ENFANTS : 2 A 3 COMPRIMÉS PAR JOUR



## POUDRE

FLACON-POUDREUR DE 10 C.

TRAITEMENT ANTI-BACTÉRIEN LOCAL  
EN CHIRURGIE, O. R. L., STOMATOLOGIE,  
OPHTALMOLOGIE, GYNÉCOLOGIE

RECOUVRIR CHAQUE JOUR LA  
SURFACE DES LÉSIONS D'UNE  
LÉGÈRE COUCHE POUDREUSE

98, RUE DE SÈVRES - PARIS-VII<sup>e</sup>



AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD  
TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès  
CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville  
ALGER : 100, Rue Michelet



## Aspects cliniques et radiologiques de la Lambliaose

par J. LAURÉNTI et A. MASBERNARD



En dehors de l'amibiase, l'étude radiologique des parasitoses intestinales ne paraît pas avoir jusqu'ici beaucoup retenu l'attention des entérologues et des radiologues et les publications sur ce sujet restent relativement rares.

Ce manque d'intérêt apparent vient sans doute de ce que les modes de réaction du tube digestif aux agressions parasitaires ou même inflammatoire quelqu'en soit l'origine, sont identiques et en nombre limité : *troubles fonctionnels* du tonus, de la motricité et de la sécrétion avec leurs conséquences diverses; *lésions organiques* : œdème de la muqueuse, hypertrophie du système lymphatique pariétal ou régional, notamment dans les affections qui intéressent électivement le carrefour iléo-cœcal.

Dans le cas habituel, où les lésions organiques se limitent à l'œdème, il n'existe pas d'image radiologique spécifique de telle ou telle étiologie et l'intérêt de l'examen radiologique n'est pas très grand. Il ne pourra, en règle générale, que confirmer la souffrance du tube digestif, préciser le type de ses réactions, indiquer leur degré et leur extension, et ceci encore avec les plus grandes réserves car les troubles fonctionnels sont le plus souvent beaucoup plus importants que les lésions organiques et les masquent en partie, ou sont beaucoup plus étendus, voire généralisés. Il devient alors extrêmement difficile de faire la part de ce qui revient au fonctionnel et à l'organique.

Il est bien connu même que ces troubles fonctionnels en arrivent souvent à s'entretenir d'eux-mêmes et l'on sait avec quelle fréquence ils survivent à la disparition de l'agent causal.

A ce stade, tout au plus, peut-on dire qu'un œdème muqueux important, généralisé ou au contraire électivement localisé au duodénum est de constatation fréquente dans les parasitoses intestinales de toutes natures. L'importance de ces images a été bien soulignée par Roger CATTAN<sup>2</sup> dans le diagnostic différentiel des duodénites. Aussi n'est-il pas rare que la découverte de duodénites œdémateuses, au cours d'exams gastro-duodénaux pour troubles atypiques par exemple, nous fasse évoquer la possibilité d'une parasitose et nous engage à faire pratiquer ou répéter les examens de selles.

Mais lorsque les lésions dépassent le stade œdémateux et à plus forte raison lorsque l'atteinte du système lymphoïde franchit le stade hypertrophique banal, causant des désordres graves (*ulcérations* qui creusent plaques de Peyer et follicules intestinaux, *tumeurs inflamma-*

toires dont l'aspect radiologique ne diffère souvent pas de celui des tumeurs néoplasiques authentiques, *infiltration scléreuse* secondaire extensive de la paroi provoquant rigidité segmentaire et rétrécissement), l'examen radiologique devient alors l'exploration nécessaire, indispensable.

Là encore les images n'ont en elles-mêmes rien de spécifique et il peut être impossible de distinguer par exemple une iléite folliculaire d'une tuberculose iléo-cœcale ou d'une maladie de Crohn au début. Mais la clinique et le laboratoire sont alors souvent tout aussi désarmés. Et les constatations radiologiques quoique non pathognomoniques, fournissent sur la localisation, l'extension, le caractère ulcératif, prolifératif ou sténosant des lésions des renseignements d'importance capitale en permettant de circonscrire étroitement le problème diagnostique.

Il n'en est pas de même dans la lambliaose qui ne s'accompagne jamais de troubles aussi sévères. Les images rencontrées sont d'un type banal. Les signes fonctionnels sont à type d'hypertonie et d'hyperkinésie. Ce sont ceux qu'on rencontre le plus souvent dans les diverses parasitoses intestinales. Les signes organiques se limitent à l'œdème de la muqueuse. Nous n'avons jamais constaté de signes d'hypertrophie lymphoïde et a fortiori aucune des lésions graves qui peuvent la compliquer.

Mais nous avons été frappés par l'importance exceptionnelle que peut prendre l'œdème muqueux, parfois si marqué qu'il peut donner naissance à des aspects très déroutants et simuler même des lésions prolifératrices. Un autre fait qui nous a paru digne d'être retenu est l'étendue des signes radiologiques, puisque nous les avons rencontrés depuis l'œsophage jusqu'à l'extrémité du gros intestin.

Ces caractères assez particuliers, assez inhabituels pour être susceptibles d'entraîner des erreurs et des retards de diagnostic nous ont donc paru mériter d'être mieux connus.

Nous avons donc choisi trois observations particulièrement démonstratives.

*Observation I.* — BUN... Georges, Français de 34 ans, entre au service de médecine le 8-10-54. Aucune anamnèse, digestive en particulier. Après une semaine de vomissements bilieux et d'état congestif hépatique, apparaît, depuis 2 jours, un état fébrile autour de 38° avec anorexie absolue, sialorrhée, épigastralgies, régurgitations acides, oppression, brûlures rétrosternales violentes dès l'absorption d'aliments ou de liquides. Transit intestinal normal. L'examen clinique ne met pas en évidence d'autre anomalie qu'un état saburrhal digestif et une sensibilité nette de la partie supérieure du creux épigastrique à la palpation profonde. Urines sans anomalies. Leucocytose à 13000 (dont 52 % de PN). I.T.N. Mais présence de *Lamblia* à l'examen de selles.



PREPARATIONS INJECTABLES DE

**STREPTO-  
DIHYDROSTREPTOMYCINE  
& BIPENICILLINE**

**DEUX DOSAGES**

**STREPTO 0,25 gr. }  
DIHYDRO 0,25 gr. } = 0,5 gr.**

**BIPENI 500.000 U.O.**

**STREPTO 0,5 gr. }  
DIHYDRO 0,5 gr. } = 1 gr.**

**BIPENI 1.000.000 U.O.**

15/2374

LAMARCA LYON

REMBOURSE PAR LA SECURITE SOCIALE. AGREE PAR L'A.M.G. LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITES

*Sarbac*

CHATILLON - 507 CHALARONNE - TELEPHONE 24 et 25

PHARMOTICE : 1, Boulevard Bugeaud — ALGER.  
Diffusion Pharmaceutique Marocaine : 62, Rue St-Saëns — CASABLANCA.  
SARRABIA : 35, Boulevard Vauban — MONTFLEURY - TUNIS (Tunisie).  
BONNIOT : 37, Rue Miche — SAIGON (Indochine).  
GUIGON : Boîte postale 513 — DAKAR (Sénégal).  
S.O.A.C.I.A. : Boîte postale 815 — ABIDJEAN (Côte d'Ivoire).  
LABOREX : Boîte postale 872 — DAKAR (Sénégal).  
Coopérative Pharmaceutique Martiniquaise : Boîte postale N° 362 — FORT DE FRANCE (Martinique).



Le 13-10, le tubage gastrique ramène un liquide franchement sanglant.

Le 14-10, le tubage duodéal permet de retirer un liquide bilio-sanglant contenant des formes végétatives de *Lamblia*, des leucocytes non-altérés et des cellules endothéliales; culture stérile.

La gastroscopie, très gênée, met en évidence la congestion intense de toute la muqueuse gastrique.

Le traitement de la lambliaose est pratiqué avec 3 comprimés par jour de Prémaline un jour sur deux durant 10 jours : dès le 19-10, une amélioration fonctionnelle nette est enregistrée (disparition des brûlures œsophagiennes et épigastriques, restauration de l'appétit), le tubage duodéal montre la persistance des phénomènes hémorragiques intragastriques, mais les lamblia ont disparu. La fièvre persistant entre 38° et 39°, de la pénicilline est administrée à 800.000 UO/j du 22-10 au 7-11, qui amène la défervescence en 10 jours. En outre, le traitement symptomatique (Thiazinamium i. m., Vitamine C, Bismuth per os) est poursuivi.



Examen radiologique du 18-10-54 (figure 1.) :

Gros œdème des 5 derniers centimètres de l'œsophage : plis très épais, à contours flous, image lacunaire ovalaire sur la face antérieure.

Gros épaissement anarchique des plis de la muqueuse gastrique, intéressant la totalité de l'estomac, mais plus particulièrement apparente au niveau de la grosse tubérosité et de l'autre.

Hyperkinésie gastrique, évacuation rapide, pas de liquide à jeu.

Duodénite et jéjunite œdémateuses caractérisées par un épaissement grossier des plis et des sillons de la muqueuse.

Deux examens de contrôle, pratiqués le 6 novembre et le 7 décembre, ne montrent pas d'amélioration sensible des images radiologiques.

Malgré la persistance des signes radiologiques peu atténués, les signes généraux et fonctionnels digestifs ont rétrogradé complètement, le déficit pondéral de 10 kg a été entièrement récupéré et tous les contrôles parasitologiques des selles et du liquide duodénal sont restés négatifs quand le sujet sort guéri du service le 17-12-54, non sans avoir reçu deux cures de consolidation antilambliaques à la prémaline.

Donc, œsophago-gastro-duodénite œdémateuse et hémorragique succédant à une phase initiale hépatovésiculaire chez un sujet parasité par les *Lamblia*.

*Observation II.* — Lor... Cornelius, Hollandais de 20 ans au long passé dyspeptique et céphalalgique, entre au service de médecine le 19-10-54 après échec d'un traitement symptomatique dans un hôpital du Sud. Il présente des douleurs post-prandiales à type de crampes épigastriques, sans nausées ni vomissements, ni troubles du transit digestif. Amaigrissement de 4 kg. Le syndrome évoque plutôt une dyspepsie vésiculaire, que confirme la constatation d'un foie non-augmenté de volume, mais sensible et d'une région vésiculaire douloureuse avec signe de Murphy net. Bilirubinurie modérée.

Hémogramme normal, VS 2-5. Présence de sang dans les selles et de formes végétatives et de kystes de *Lamblia*.



Examen radiologique (22-10-54) (figure 2) ;

# PULMOSERUM

TONIQUE RESPIRATOIRE

BAILLY

Gaiacol  
Acide phosphorique  
Codéine

*Affections  
pulmonaires,  
Convalescences*

*4 à 5  
cuillerées à  
soupe, par jour*

LABORATOIRES A. BAILLY

• S P E A B • 19, RUE DU ROCHER PARIS 8<sup>e</sup>

Agents pour la TUNISIE  
M.M. VALENZA & C<sup>IE</sup>

36, Rue Thiers — TUNIS

UN PANSEMENT DIGESTIF POLYVALENT

PHOSPHATE  
D'ALUMINE  
SOUS FORME DE **GEL VRAI**

PHOSPHALUGEL **2 à 4** CUILLERÉES À CAFÉ  
**2 à 4** FOIS PAR JOUR



Transit œsophagien normal.

Estomac vide à jeun, déformation en cascade par aérocolie. Péristaltisme pratiquement normal.

Léger épaissement irrégulier des plis de la muqueuse dans la partie haute de l'estomac.

Pseudo-allongement du bulbe dû à l'existence d'un segment intermédiaire dilaté, stasique, avec, sous compression, une grosse image lacunaire à contours flous de la portion distale du bulbe, de type œdémateux, entourant une tache de surimprégnation inconstante.

Duodénite très importante : aspect pavé de la muqueuse avec de très gros plis œdémateux séparant de larges sillons.

A la partie moyenne de la 2<sup>e</sup> portion duodénale, les plis convergent vers une image lacunaire centrale en noyau d'olive.

Dilatation et stase de D5.

Cet œdème de la muqueuse s'atténue progressivement en aval, mais se prolonge sur les premières anses jéjunales.

L'anneau duodéal n'est pas agrandi.

L'image lacunaire correspondant manifestement à la grande caroncule et l'infestation lamblienne n'étant pas encore connue du radiologue, celui-ci envisage la possibilité d'une néoformation vésiculaire, malgré l'absence de stigmates de rétention biliaire.

Mais une cholécystographie (le 18-11) ne montre qu'une hypertonie et une hyperkinésie vésiculaires sans anomalies de la morphologie de la vésicule ni de la voie biliaire principale. La lambliaose ayant été entre temps décelée, la tuméfaction est alors attribuée à l'œdème de la grande caroncule.

La prémaline est donnée aux doses habituelles du 11 au 21-11 et une vérification parasitologique du liquide duodéal recueilli par tube le 24-11 s'avère négative, ainsi que 3 examens de selles.

Des examens radiologiques de contrôle, pratiqués les 8-1-55 et 5-3-55, montrent une atténuation très lente des anomalies et en particulier de l'œdème duodéal.

Ultérieurement un ictère catarrhal épidémique bénin surajouté entretient le syndrome fonctionnel digestif pendant un mois.

En mai 1955 une seconde infestation parasitaire est décelée à l'examen coprologique et une nouvelle cure de Prémaline amène à nouveau la disparition de *Lamblia*.

Donc : Duodénite à Lamblias à symptomatologie fonctionnelle douloureuse post-prandiale et vésiculaire et présentant à la radiographie barytée, outre les lésions inflammatoires habituelles, une cocarde œdémateuse de la portion distale du bulbe et une lactone évoquant une néoformation de l'ampoule de Vater. Hypertonie et hyperkinésie du cholécyste.

*Observation III.* — Tot., Marcel, Français de 20 ans sans antécédents, entre pour la première fois au service de médecine le 20-11-54 pour un syndrome dysentérique, des phénomènes dyspeptiques (ballonnement post-prandial, brûlures d'estomac) et, depuis deux jours, des rectorrhagies de sang rouge « arrosant les selles ». Examen clinique sans renseignements.

Mais la rectoscopie (D<sup>r</sup> BERNÉS) montre, dans la partie haute du rectum seulement et jusqu'à limite de vue, un aspect œdémateux cérébriforme de la muqueuse, parsemée de nombreuses papules sans ulcérations; à partir de 9 cm; par contre, tout le bas rectum présente une muqueuse d'aspect tout à fait normal, la délimitation d'avec la zone œdématisée se faisant par un bourrelet net.

Examen radiologique (30-11-54) : Un lavement baryté met en évidence la présence d'anomalies recto-sigmoïdiennes qui contraste avec l'aspect normal du cadre colique jusqu'à la fin descendant. Jusqu'à ce point, en effet, la muqueuse présente, notamment sur le cliché d'évacuation, un dessin parfaitement normal. Sur le sigmoïde au contraire, la muqueuse est assez fortement œdémateuse, avec des plis épais de plusieurs millimètres qui conservent un tracé normal.

Au niveau de la partie supérieure du rectum, l'œdème est encore plus marqué, le dessin des plis prend un aspect anarchique, le liseré muqueux présente de petites irrégularités, de petites dentelures qui représentent plus probablement le moule des bourrelets œdémateux de la muqueuse que de véritables micro-ulcérations.

Il existe enfin une spasticité diffuse du recto-sigmoïde qui se traduit par une absence de distension normale de ce segment à l'insufflation.

Le 15-1-55, l'œdème recto-sigmoïdien est moins marqué, la spasmodicité a disparu.

La lambliaose est traitée durant 10 jours par la Prémaline à dose habituelle, qui amène une négativation des examens coprologiques et une amélioration clinique nette. Persistent cependant sang et glaires dans les selles.

L'état de la muqueuse rectale le 17-12 est considérablement amélioré : les papules ont disparu, il ne subsiste qu'une surélévation œdémateuse de la muqueuse toujours limitée à la partie haute du rectum.

Pendant un mois ensuite, des lavements quotidiens avec la Vitamine A (40.000 UI) et du sous-nitrate de Bismuth per os amènent une rétrocession complète du syndrome clinique et une normalisation intégrale de l'image rectoscopique (le 10-1-55). Deux autres cures de Prémaline de consolidation ont été faites.

Le malade sort guéri le 19-1-55.

Après une rechute en avril sans parasitisme confirmé et traitée par lavements avec succès, le malade rentre au service pour la troisième fois le 3-8-55 avec les mêmes rectorrhagies et troubles du transit intestinal. A 5 examens coprologiques successifs et malgré les réactivations préliminaires au sulfate de soude et à la Notézine, aucune amibiase associée ne peut être mise en évidence, mais, outre des Trichomonas Intestinalis et des œufs de Trichocéphales, les selles contiennent à nouveau des kystes de Giardia Intestinalis. L'image rectoscopique est semblable à celle de décembre 1954 : aspect cérébriforme et tomenteux limité sans ulcérations.

Deux cures de Prémaline et un traitement local par Vitamine A et diathermie poursuivi deux mois amènent une lente rétrocession du syndrome clinique et une amélioration de l'état de la muqueuse rectale.

Tandis que celle-ci se présente le 5-10 toujours tomenteuse au rectoscope, mais sans œdème ni ulcérations, un contrôle radiologique pratiqué le 8-9-55 avait déjà montré une restitution à la normale complète de l'image rectosigmoïdienne.

Le malade sort très amélioré le 26-10-55.

Donc : Rectosigmoïdite œdémateuse et hémorragique et syndrome dysentérique chez un sujet porteur de Lamblias. Guérison du syndrome fonctionnel par le traitement antiparasitaire spécifique et eutrophique local. Mais réinfestations parasitaires ayant entraîné deux rechutes et la constitution d'une rectite chronique non-ulcéralive très rebelle.

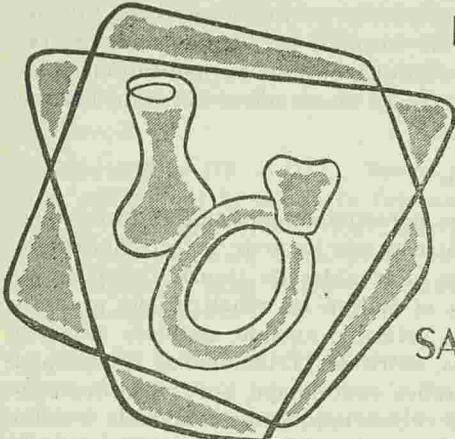
\*  
\*\*

Les observations de ces trois malades, choisis parmi les dizaines d'autres que nous sommes appelés à traiter chaque année, sont, à notre sens, intéressantes à un triple point de vue, clinique, radiologique et thérapeutique, et c'est leur originalité radiologique qui nous a incités à en présenter ici l'histoire et les clichés.

Si l'observation N° 2 ne présente sur le plan clinique que le banal tableau hépatobiliaire très fréquent dans la lambliaose et ne mérite pas de retenir l'attention, celle de notre troisième malade, entrant dans le cadre des formes dysentériques de la parasitose, fait ressortir en outre des lésions rectales assez particulières, entièrement différentes des rectites amibiennes tant dans leur aspect que dans leur localisation stric-



INCIDENCE DES  
REPAS NÉGLIGEABLE



CONCENTRATION  
SANGUINE TRÈS RAPIDE

SOULIGNEZ

*Stéarate*  
**d'ÉRYTHROCINE**

(STEARATE D'ÉRYTHROMYCINE (LÉGIT))

- **COMPRIMÉS** à 100 et 200 mg
- **SUSPENSION** infantile aromatisée



● **POSOLOGIE MOYENNE**

Adultes : de 0,80 à 2 gr. 40 par jour }  
Enfants : 30 à 50 mg./kilo par jour } en 4 ou 6 prises

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**

44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine)

Tel. : AVRon 47.77

TUNISIE — **J. BERREBBI** : 81, Avenue de Londres — TUNIS

tement supérieure; nous n'avons d'ailleurs pu trouver aucune signature coprologique d'une quelconque amibiase associée chez ce sujet malgré les nombreux examens de selles pratiqués après réactivations aussi bien au sulfate de soude qu'à la « Notézine » qui, comme le montrait à Tunis le D<sup>r</sup> DANA, s'avère à l'expérience le meilleur révélateur des amibiases camouflées. La confirmation de l'étiologie lamblienne de la rectosigmoidite de notre malade est du reste apportée par la guérison clinique et rectoscopique et par la régression radiologique par le seul traitement antilamblien. Notre malade Bun... (Obs. I) entraînait, lui aussi, dans la lambliaose-maladie par un banal état hépatobiliaire; mais rapidement la fièvre et cet intense syndrome œsophago-gastrique réalisaient un tableau clinique des plus déroutants. Certes, les formes fébriles de la parasitose sont connues, même chez l'adulte (B. MULLER, A. ANNINO et P. GARNIER<sup>6</sup>), mais l'occurrence d'une gastrite hémorragique, vérifiée gastroscopiquement, dont la radiologie objective l'extension et la participation œsophagienne basse conformément à la clinique, constitue, semble-t-il, une forme très inhabituelle de la lambliaose. On ne saurait admettre, biologiquement, la colonisation de la muqueuse gastrique par *Giardia Intestinalis*. Aussi sommes-nous probablement en présence ici de l'un de ces gastrites congestives consécutives à des perturbations neurovégétatives de la sphère splanchnique. L'infection ne manqua pas de se greffer sur cette congestion hémorragique et ne céda, on le conçoit, qu'à la thérapeutique antibiotique en dépit de la stérilisation parasitaire préalable par le traitement spécifique. Nous ne connaissons pas d'observation semblable dans la littérature. La même conception neurovégétative peut également être admise pour la constitution de l'œdème cérébriforme de la muqueuse sigmoïdienne et rectale haute de notre malade N° 3.

Notons qu'en revanche aucun de ces trois malades ne présentait de signes d'atteinte de leur stabilité psychique, aucun syndrome anxieux, aucune dépression; de telles perturbations semblent particulièrement fréquentes et, dans certains cas, sérieuses à la suite de lambliaoses parfois fort bien tolérées du point de vue digestif et tout à fait à l'arrière-plan de la scène clinique. J. SCHNEIDER<sup>8</sup> ne cite de troubles de l'humeur que chez l'enfant dont Ch. SARROUY, F. GILLOT et R. ARNAUD-BATTANDIER<sup>7</sup> donnèrent une étude en 1952, mais H. GAELINGER<sup>3</sup> souligne la fréquence de l'anxiété et des perturbations psychiques dans la lambliaose et très nombreux en sont les cas que nous avons observés chaque année ici; la détection de la cause parasitaire n'y est souvent le fruit que de l'examen coprologique systématique de contrôle.

Le caractère original des signes radiologiques ressort de la lecture des compte-rendus et de l'observation de la série des clichés digestifs qui vous sont présentés. Nous ne voulons pas nous étendre sur l'intensité des signes d'inflammation muqueuse, sur leur localisation soit haute (Obs. I), soit basse (Obs. III), soit loco dolenti (Obs. II), sur leur extension (Obs. I) et sur leur caractère déroutant. Les lésions observées cor-

respondent tout à fait au tableau clinique de chaque malade. Elles objectivent la participation de tout le tractus digestif intraabdominal aux perturbations neurovégétatives et vasomotrices engendrées par le parasite duodénal. Pour atypiques qu'ils soient, ces clichés radiologiques complètent l'iconographie que présentait à la Société d'Electroradiologie du Littoral Méditerranéen L. GONDARD<sup>4</sup>, où il montrait la prédominance des lésions de jéjunite à l'exclusion de signes de colite vraie et mettait en évidence la disparition des signes après traitement par Mépacrine-Rhodopréquine.

C'est à cette thérapeutique que furent soumis nos trois malades, celle qui, d'après notre expérience portant maintenant sur un grand nombre de cas, s'avère la plus efficace cliniquement et parasitologiquement et d'une tolérance parfaite. Bien que nous ne nous soyons pas livré à un dépouillement systématique des résultats thérapeutiques ainsi obtenus et malgré l'absence de contrôles coprologiques suffisamment nombreux et duodénaux systématiques dans nombre de cas, nous pouvons plaider pour l'excellence de la méthode proposée par L. GONDARD<sup>5,1</sup>, dont nous n'avons jamais observé d'échec. La Chloroquine (Nivaquine) et l'Amodiaquine (Flavoquine) comptent de nombreux échecs, la Mépacrine (Atebrin, Quinacrine) seule s'avérerait inefficace dans 17-26 % des cas, l'association Mépacrine-Rhodopréquine (autrefois Prémaline) a apporté 100 % de succès à l'auteur montpelliérain. Il ne semble pas en être de même d'un récent amœbicide, le Mercaptoarsénical (Arsthinol, Amœbal) qui, chez 20 malades porteurs de Lamblias, ne nous a assuré la stérilisation coprologique que chez 13 d'entre eux, soit avec 1/3 d'échecs.

Certes, les lésions radiologiques persistent, quoiqu'atténuées, après le succès du traitement parasiticide à la Mépacrine-Rhodopréquine, mais, dans les trois cas, le syndrome fonctionnel tira une grande amélioration de l'éradication du flagellé, dont on conçoit que le départ ne soit pas suffisant pour une restitutio ad integrum de lésions congestives muqueuses intenses à distance et surinfectées.

*Résumé.* — Les auteurs rapportent les observations cliniques et présentent les clichés radiologiques de trois malades atteints de Lambliase. L'un présentait une gastrite hémorragique étendue au quart inférieur de l'œsophage et au duodénum, le second une pseudoniche bulbaire et un œdème de l'ampoule de Vater, le troisième une sigmoïdite et une rectite haute œdémateuses non-ulcératives. A propos de ces cas, il est insisté sur la fréquence et la gravité des troubles neurovégétatifs psychiques entraînés par cette parasitose, sur l'atypie de ces formes à distance et trompeuses et sur la valeur thérapeutique de l'association Mépacrine-Rhodopréquine, vérifiée sur un grand nombre de cas.

*Zusammenfassung.* — Die AA. stellen die klinischen Geschichten von drei mit Lambliase behafteten Patienten und ihre Röntgenaufnahmen



vor. Der Erste hatte eine hämorrhagische Magenentzündung mit Anteilnahme des unteren Viertels der Speiseröhre und des ganzen Zwölffingerdarms, der Zweite zeigte eine Nische des Bulbus duodeni und ein starkes Ödem der Vaterschen Ampulle, der Dritte trug ödematöse aber nicht-ulzerative Sigmoiditis und obere Mastdarmentzündung. Anlässlich dieser Fälle wird es auf diese atypischen und betrügerischen entfernten klinischen Formen, auf die Frequenz und auf die Schwere der neurovegetativen, auch öftens psychischen Störungen dieser Parasitose sowie auf den hervorragenden, in vielen Fällen bewiesenen therapeutischen Wert der Assoziation von Atebrin mit Rhodoprequin hingewiesen.

*Summary.* — The authors report clinical observations and radiological pictures of three patients with lambliaiasis. The first of them had an hemorrhagic gastritis with participation of the lower fourth of the œsophagus and of the whole duodenum, the second presented a niche of duodenal bulb and an edematous choledochal ampoule and the third an edematous but not ulcerative sigmoiditis and upper proctitis. At the occasion of these case-reports these gulling atypical forms, the frequency and the heaviness of the neurovegetative, sometimes also psychic disturbances of this parasitosis and the therapeutical value of the association Mepacrine-Rhodoprequine, which was employed in a great number of cases, are pointed out.

(*Service de Médecine et de Radiologie de l'Hôpital Militaire Louis Vaillard, à Tunis.*)

#### REFERENCES

1. BOULET B., L. GONDARD et Ph. SERVIÈRE : Contrôle de divers agents antipaludiques dans le traitement de la lambliaiasis; Sem. Hôp. Paris, 1955, 31, 2619-2621.
2. CATTAN R. : Les duodénites parasitaires; *ibid.*, 1950, 26, 3807-3812.
3. GAELINGET H. : Lambliaiasis et anxiété; *acta Gastroenterol. Belgica*, 1953, 16, 146-154.
4. GONDARD L. : Présentation de quelques films et de quelques réflexions à propos de la lambliaiasis intestinale; Soc. d'Electroradiol. du Littoral Médit., Montpellier, 16-6-1952.
5. GONDARD L. : Supériorité de la Prémaline sur la Nivaquine et sur la Quinacrine dans le traitement de la lambliaiasis; *Rev. Pathol. Exotique*, 1953, 46, 31.
6. MULLER B., R. ANNINO et P. GARNIER : Les formes fébriles des lambliaiasis et parasitoses voisines; *Arch. des Mal. de l'App. Digestif et des Mal. de la Nutrit.*, 1952, 41, 763-773.
7. SARROUY Ch., F. GILLOT et R. ARNAUD-BATTANDIER : Remarques statistiques et cliniques sur la lambliaiasis infantile; *Algérie Méd.*, 1952, 56, 313-318.
8. SCHNEIDER J. : La lambliaiasis. Etude clinique et traitements; *Rev. du Pratic.*, 1954, 2111-2117.



**CALCIUM CORBIÈRE BUYABLE**  
**VITAMINÉ - C. D. P P**

REMBOURSÉ S. S.

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille — TUNIS

## Invagination iléo-iléale par tumeur du grêle

par R. KOSKAS, S. PIÉTRI et A. HAGÈGE

(Hôpital Habib THAMEUR)

Alors que chez le nourrisson l'invagination intestinale se présente sous un tableau riche en symptômes aigus, occlusion, douleurs, vomissements et présence de sang au T.R. qui signent le diagnostic et impose la mise en œuvre d'un lavement baryté, chez l'adulte l'invagination intestinale prend le plus souvent une symptomatologie atténuée, trompeuse à tel point qu'elle peut évoluer sous l'aspect d'une affection chronique. C'est souvent au bout de longs mois d'accès intermittents et frustes que l'on s'oriente sur la voie du diagnostic. Dans le cas que nous rapportons, le diagnostic bien que serré de près par l'ensemble des résultats obtenus en investigations cliniques et radiologiques ne fut cependant fait qu'au cours de la laparotomie.

L'histoire de cette malade âgée de 43 ans qui entra dans notre service le 16 juin 1955 se caractérise d'abord par des douleurs épigastriques quotidiennes, pénibles, gênant l'alimentation. Le début des troubles remonte déjà à 6 mois environ et la malade amaigrie a perdu plus de dix kilogr. Durant cette période elle fut hospitalisée à diverses reprises et dans plusieurs services où différents diagnostics furent invoqués. On parla même de coliques néphrétiques. Mais aucune thérapeutique ne fut efficace. Les douleurs d'abord espacées survenaient après les repas et entraînaient un vomissement. Depuis peu les douleurs sont presque continues et les vomissements plus fréquents, mais la malade continue à aller à la selle assez normalement. A noter cependant que quelques jours avant son entrée à l'hôpital la malade signale qu'elle a eu des selles mêlées de glaires et de sang.

A l'examen attentif de l'abdomen on note une tension intermittente de l'épigastre, l'estomac semble contracté mais on ne note pas de clapotage à jeun. La palpation du ventre, longue et minutieuse révèle avec une certaine difficulté la présence d'une tuméfaction latéro et sous ombilicale gauche profonde mais mobile, de consistance élastique et douloureuse à la pression. La mobilité de cette masse perçue est telle qu'il arrive qu'on ne la retrouve plus d'un examen à l'autre.

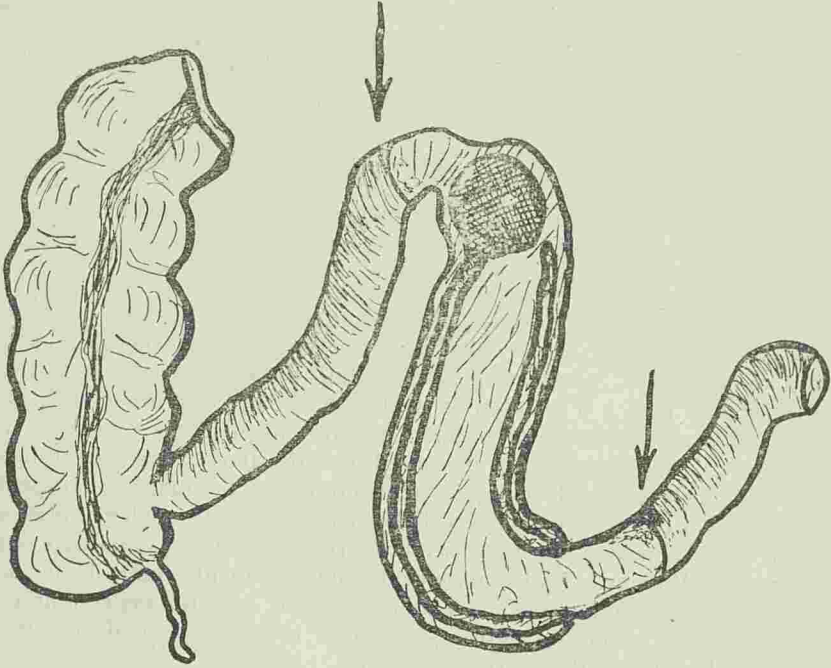
Les examens de laboratoires systématiques ne révèlent rien d'anormal si ce n'est une anémie certaine : Globules Rouges à 3.900.000. Hémo-globine 77 %. Une série de clichés gastro-duodénaux est demandée ainsi qu'un lavement baryté.

Sur les premiers l'estomac apparaît normal. Aucune image tumorale ni ulcéreuse n'est notée. Il n'y a aucune trace de sténose pylorique



et le bulbe duodénal est souple et régulier. Le duodénum s'imprègne facilement et ne présente aucune déformation.

Le lavement baryté dessine parfaitement tout le cadre colique, et ne montre aucun obstacle et pas d'image lacunaire. Le cœcum se remplit bien et une certaine quantité de baryte franchit la valvule et remonte dans la dernière anse iléale. Il semble à posteriori qu'on puisse parler d'un arrêt de la progression barytée sur l'iléon. Quoiqu'il en soit ces radiographies par leur caractère négatif nous permettent d'éliminer à coup sûr une lésion gastrique, duodénale ou colique.



*Schéma de l'invagination par tumeur*

(Les flèches figurent le niveau de la section intestinale).

En somme, chez cette femme encore jeune sans antécédents digestifs chez qui est apparu progressivement une gêne du transit avec crises douloureuses d'abord intermittentes, la perception de cette tuméfaction mobile et la présence récente de sang dans les selles nous oriente vers une localisation sur le grêle et nous incite à intervenir sans retard.

Nous regrettons de n'avoir pas fait pratiquer de radiographies objectivant le transit de tout le grêle qui nous aurait peut-être permis d'avoir une image précise de la lésion.

Le diagnostic de nature ne sera finalement posé qu'à l'intervention. Celle-ci est pratiquée le 24 juin 1955.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE (D<sup>r</sup> KOSKAS)

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre rapidement des anses iléales très dilatées. Leur exploration méthodique conduit sur un segment intestinal volumineux ayant la forme d'un boudin et qui s'étend sur 20 cm environ. C'est une invagination. Au niveau de la tête du boudin qui se situe sur l'iléon à 50 cm de la valvule de Bauhin on palpe à travers les tuniques dans la lumière intestinale une petite tumeur dure et arrondie ayant la taille d'une noix. Voici la cause de l'invagination.

La désinvagination étant impossible on pratique une large résection intestinale enlevant la zone pathologique avec la tumeur. 30 cm de grêle sont ainsi réséqués et la continuité est rétablie par suture bout à bout.

Fermeture de l'abdomen en 3 plans sans drainage.

A l'ouverture de la pièce on distingue bien la portion de l'intestin invaginé sur 20 cm et, fixée sur la tête du boudin, la tumeur lisse et dure implantée sur une large base. (Voir schéma)

Elle est prélevée et adressée à Pasteur pour examen.

Voici le compte-rendu histologique (Mme GORDEFF) :

Tumeur sous muqueuse faite d'un enchevêtrement de cellules myomateuses et conjonctives et de fibrilles collagènes. La muqueuse de surface ne persiste qu'en une zone restreinte. Ailleurs la tumeur est ulcérée et largement infectée. En conclusion : Fibromyome sans signe histologique de malignité.

SUITES OPÉRATOIRES : Normales. Le transit se rétablit progressivement et les vomissements disparaissent totalement. La malade peut de nouveau s'alimenter.

## EN RESUME

Une tumeur bénigne du grêle a été à l'origine d'une invagination localisée entraînant de graves troubles du transit. Les signes cliniques cadrent bien à posteriori avec la nature de l'affection. Vomissements. Douleurs survenant d'abord par accès intermittents, émission dans les selles de glaires et de sang, ceci étant un des meilleurs signes de l'invagination même chez l'adulte. Enfin découverte dans l'abdomen de la masse fuyante du boudin d'invagination dont la perception n'est pas toujours facile.

L'intérêt de cette observation nous semble résider dans la longue période de carence totale d'un diagnostic devant des troubles qu'aucun traitement efficace ne vint soulager. Il faut reconnaître que les lésions du grêle au début sont d'un diagnostic difficile et l'on ne saurait trop recommander de développer la pratique des examens radiologiques complets de l'intestin grêle. Nous signalerons à ce propos les progrès réalisés en ce domaine et les travaux récents de Porcher sur la radiologie du grêle en exploration continue par amplificateur de brillance.

Les malades porteurs d'une lésion de l'intestin grêle doivent bénéficier des plus récentes techniques de la Radiologie.

SOLUTÉ  
INJECTABLE  
ET  
BUVABLE  
DE  
VITAMINE



**B. 12** dosé à **MILLE**  $\mu\text{g}$   
**DELAGRANGE**

par ampoule de 3 cm<sup>3</sup>

Boîte  
de 6 ampoules

de  
3 ampoules  
par semaine  
à  
2 ampoules  
par jour  
(per os, I.M. I.V.)

- *Anémies macrocytaires*
- *Syndromes anémiques graves*
- *Syndromes neurologiques*
- *Affections hépatiques*
- *Arthroses*
- *Asthénie*
- *Convalescence*
- *Surmenage*



## Anémie hémolytique chronique par autoanticorps (Anémie type LOUIT)

par H. BONAN, G. DIACONO, G. BORSONI, A. DAMÈLE

—0—

L'un de nous, en 1954, a présenté devant cette même Société, un cas d'anémie hémolytique acquise par autoanticorps (1).

Nous vous rapportons aujourd'hui la deuxième observation tunisienne qu'il nous a été donné de suivre au cours de l'année précédente.

M'Hamed ben A..., âgé de 18 ans, entre dans le Service de Médecine de l'Hôpital H. THAMEUR, le 6 octobre 1955 pour un ictère installé depuis trois mois.

Dans ses antécédents, le malade ne signale rien si ce n'est un épisode ictérique analogue ayant duré un mois en février 1955.

A l'examen, nous sommes en présence d'un ictère marqué des téguments et des muqueuses, avec urines foncées et décoloration transitoire des matières et qui s'accompagne d'une pâleur importante du visage.

La rate déborde de deux travers de doigt le rebord costal, elle est de consistance normale, indolore. Le foie est légèrement hypertrophié, indolore. Il n'y a ni prurit, ni brachycardie.

La température, à l'entrée est de 37°8. Elle oscillera, pendant les trois mois d'hospitalisation entre 37° et 38° avec quelques clochers à 39°, d'apparition irrégulière durant quatre ou cinq jours.

Les examens de laboratoire nous donnent les résultats suivants :

*Urines* : Albumine

Sucre /— néant

Urobiline : +++

Pigments biliaires : +

Sels biliaires : néant.

*Sang* Hémogramme : Hématies 2.100.000

Hb : 38 % - 5 gr 95 pour 100 cc

Globules blancs 6.000

Poly. neutro 53 %

» éosino 7 %

Monocytes 8 %

Lympho 32 %

Réticulocytes 64 % hématies

(1) B. HAMZA, G. DIACONO, M. CASTAY : Anémie hémolytique acquise avec hémoglobininurie par autoanticorps; rôle éventuel de l'hyperalésinémie, « Tunisie Médicale », décembre 1954.



**V**itamine C **500** mg.  
...comme



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

*homologué et remboursé par la S. S.*

Anisonormocytose. Poikilocytose +	} Totale 94 mmg
Diamètre moyen des Hématies $7 \mu 8$	
Bilirubine (réactio indirecte) 85 mmg/l	
Mac Lagan : négatif : 10 $\alpha$ . Vernes	
Groupe sanguin : B, Rh +.	} Directe 9 mmg

Ces examens révèlent l'origine hémolytique de l'ictère dont est atteint notre malade, nous en précisons l'étiologie par la mise en œuvre des diverses recherches auxquelles il faut recourir en pareil cas :

- Résistance globulaire osmotique : Normale  
(hémolyse initiale 4,3 ‰  
» totale 3,48 ‰).
- Test de EMMEL : négatif (recherche de la trépanocytose).
- Hémoglobine : migration électrophorétique : normale  
taux d'hémoglobine fœtale : 2 % : normal.
- Test de COOMBS direct : + + +, Fortement positif.

Ces examens nous permettent d'éliminer l'hypothèse d'une anémie hémolytique conditionnée par un défaut intrinsèque du globule rouge (Minhowky-Chauffard, Thalassémies, Dyshémoglobinoses) et d'affirmer que nous sommes en présence d'une anémie hémolytique immunologique par autoanticorps, type Loutit.

Après quelques transfusions d'urgence, nous instituons donc le traitement hormonothérapique, classique depuis les travaux de DAMESHEK (1950), soit hydrocortisone : 100 mmg, puis 80 mmg, puis 60 mmg pro die.  
puis : cortancyl : 30 mmg, puis 15 mmg pro die.

Sous l'effet du traitement :

- l'état du malade s'améliore rapidement;
- l'ictère pâlit puis disparaît, tandis que les muqueuses se recolorent sensiblement.

Après trois mois de cure, le malade quitte l'hôpital avec un hémogramme qui montre une réparation sensible bien qu'imparfaite de son anémie : 3.600.000 globules rouges

Hémoglobine 66 % - 10,25 gr pour 100 cc.

Par contre le test de Coombs demeure faiblement positif (+).

Nous conseillons donc au malade de continuer à prendre 5 mmg par jour de Cortancyl. Nous le revoyons en juin 1956, six mois après sa sortie et alors qu'il avait abandonné tout traitement depuis trois mois.

L'ictère a réapparu, l'anémie est à nouveau marquée (2.500.000 g. R Hémoglob. 41 %);

La réaction de Coombs directe est à + + +.

Nous sommes en présence d'une rechute caractérisée : la corticothérapie immédiatement reprise (50 mmg) amène une amélioration plus rapide encore que lors de la première hospitalisation. A sa sortie,



HYDROSOL  
POLYVITAMINÉ  
" ROCHE "

9 = 1  
*vitamines*                      *goutte*

A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>5</sub> B<sub>6</sub> PP C D<sub>2</sub> E

*De la naissance à 2 ans : 1 cm<sup>3</sup> soit 20 gouttes par jour, 3 à 6 gouttes dans chaque repas liquide (biberon) ou semi-liquide (bouillie).*

*Au delà de 2 ans : 2 cm<sup>3</sup> soit 40 gouttes par jour en 1 ou 2 fois, à prendre dans du lait ou du jus de fruit.*

Flacon compte-gouttes de 20 cm<sup>3</sup> (20 gouttes par centimètre cube).

PRODUITS " ROCHE " S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4<sup>e</sup>

un mois après, le malade a : 5.170.000 globules rouges pour 80 % d'hémoglobines, mais la réaction de Coombs demeure faiblement positive (+). Le Cortancyl est continué à la dose de 10 mg par jour.

Cette posologie nous semble insuffisante pour pallier à son hyperhémolyse, car un examen récent a mis en évidence une réapparition de l'anémie (3.300.000 globules rouges - 61 % d'hémoglobine) avec une réaction de Coombs toujours faiblement positive (+) bien que l'état général du malade soit très satisfaisant.

Nous envisageons donc actuellement d'augmenter la posologie.

Les réflexions que nous a suggéré cette observation seront brèves : elles concernent le diagnostic et le traitement.

Qu'il nous soit permis de souligner la fréquence non négligeable des anémies hémolytiques en Tunisie, la diversité de leur étiologie et l'importance du problème diagnostique qu'elles posent. Parmi toutes les techniques susceptibles d'éclairer ce diagnostic, remarquons, sans nous étendre outre mesure, l'intérêt des réactions de recherche des agglutinines irrégulières dont le test de Coombs direct est peut-être la plus importante, l'étude de la résistance globulaire et enfin, de l'étude biochimique de l'hémoglobine. Ces techniques permettent de reconnaître :

- les anémies hémolytiques par défaut intrinsèque du globule rouge (dyshémoglobinoses) dont la fréquence a été maintes fois soulignée ici même;
- de la plupart des anémies hémolytiques, immunologiques, acquises, dont la fréquence est certainement plus grande que ne le laisse supposer la rareté des observations relatées.

Ce diagnostic précis est d'autant plus nécessaire que le traitement de ces deux genres d'anémies hémolytiques est différent.

Pour l'anémie type Loutit, qui nous intéresse seule ici, nous avons, conformément en cela à la règle actuelle, mis en œuvre la corticothérapie. Malgré les doses relativement faibles employées, nous avons eu des résultats certains et nous avons pu, jusqu'à présent, éviter à notre malade la splénectomie dont l'efficacité inconstante est imprévisible.

L'accord est aujourd'hui fait pour réserver ce temps chirurgical aux « ratés » de la corticothérapie qu'il faut d'ailleurs savoir prolonger des mois et même des années. Pour notre malade, traité depuis un an, la persistance d'un test de Coombs direct, même faiblement positif, nous oblige à continuer le traitement par le Cortancyl et nous empêche d'exclure la possibilité de rechute aiguë, bien que ce jeune étudiant, à l'aspect des plus satisfaisants, ait repris ses études en octobre. En effet, même la corticothérapie n'a pas apporté une solution thérapeutique définitive; si l'hormone, tout le temps qu'elle a été administrée, contrebalance la tendance hémolytique, si l'on a pu obtenir des guérisons parfois spectaculaires, l'évolution ultérieure de la maladie reste encore aujourd'hui absolument imprévisible.

*le ferment vivant*

**VIVACIDOL**

**RÉGÈNÈRE** la flore de défense  
et  
**NORMALISE** le milieu intestinal

INFECTIONS  
INTESTINALES  
et séquelles

3 à 4 ampoules  
buvables par jour  
loin des repas

**Laboratoires F. BOUCHARD**

6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE - 61, Avenue Garros — TUNIS — Tél. 282.090



## Société des Sciences Médicales de Tunisie

VENDREDI 16 NOVEMBRE 1956

*Présentation de clichés :*

*Présentation de clichés de lipiodol bronchique,*  
par le D<sup>r</sup> Jean COUPIN.

*Communications :*

*Les enseignements de lurographie intra-veineuse systématique dans le bilan des albuminuries essentielles,*

par MM. J. LAURENTI, A. MASBERNARD et H. TEMMAM.

*Le Biologiste et les bacilles alcool-acido-résistants dits « para-tuberculeux »,*

par MM. A. ZAIMI, Ch. ZÉRAH et M. COHEN.

*A propos de l'emploi des nouveaux sulfamidés dans le traitement du diabète,*

par MM. S. BENMUSSA et A. NAHUM.

LABORATOIRE CHANTEREAU (INNOTHÉRA)

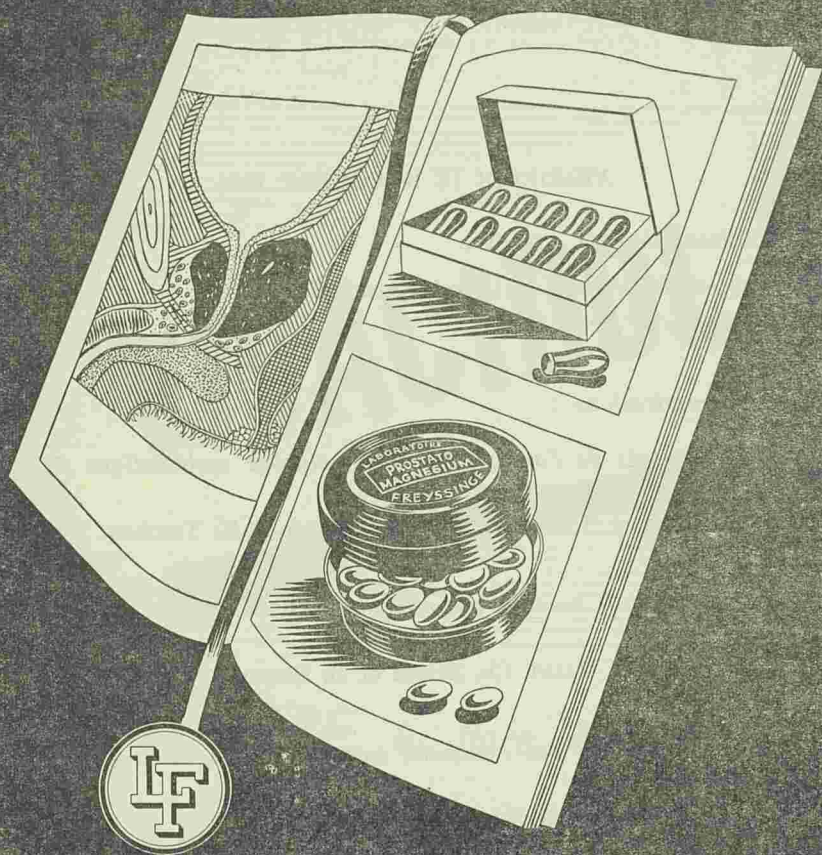
choline, papaine  
sels biliaires  
boldo

**EUCHOBYL**

3 à 6  
comprimés  
par jour aux repas

TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



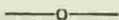
# PROSTATO-MAGNĒSIUM

**NOUVEAU TRAITEMENT DU PROSTATISME**

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLONS  
LABORATOIRE FREYSSINGÉ, 6, RUE ABEL, PARIS

## Les enseignements de l'urographie intra-veineuse systématique dans le bilan des albuminuries essentielles

par MM. J. LAURENTI, A. MASBERNARD, H. TEMAM



La fréquence de l'albuminurie chez les jeunes adultes en bonne santé apparente, qui est de l'ordre de 3 à 4 %, pose des problèmes délicats que l'un de nous (A. M.) vous a exposé en détail dans un article récent de la « Tunisie Médicale » (1).

La difficulté du problème s'accroît encore de ce que dans plus de la moitié des cas, ces albuminuries sont isolées, et ne s'accompagnent notamment d'aucun trouble des épreuves fonctionnelles.

Dans ces conditions, le fait que l'exploration radiologique révèle avec une fréquence significative des anomalies rénales et l'importance pronostique que prennent de telles constatations en face de la carence partielle des épreuves fonctionnelles sont venus donner, depuis quelques années, une importance toujours plus grande à l'urographie intra-veineuse dans l'établissement du bilan de ces albuminuriques.

La question ayant déjà été traitée ici même dans son ensemble nous ne voulons apporter ici que le détail de nos investigations radiologiques, et fournir de nouvelles preuves de la place de premier plan que doit prendre l'urographie intra-veineuse dans l'examen des albuminuriques.

Un certain nombre d'auteurs s'est déjà attaché à fixer le pourcentage des anomalies rénales dans les albuminuries.

Ces études, et les statistiques qui les illustrent, ne sont malheureusement pas toujours comparables : parfois, en effet, les statistiques ne font état que de résultats globaux, d'autres ne précisent pas les critères employés pour différencier les divers types d'albuminurie, ou utilisent des critères différents.

Il nous paraît donc nécessaire de préciser les définitions et les critères que nous avons choisis, ainsi que les épreuves fonctionnelles que nous avons utilisées.

Comme tous les auteurs, nous avons différencié les albuminuries en 2 classes principales :

1° *albuminuries permanentes*;

2° *albuminuries intermittentes*.

(le test de différenciation étant l'épreuve des 4 verres).



Nous avons ensuite divisé chacune de ces 2 classes en 2 sous-classes, les *albuminuries isolées* — et les *albuminuries non isolées* (nous rejetons ainsi le terme d'albuminuries « pathologiques » puisque toute albuminurie est par définition, à nos yeux, pathologique si on en excepte l'albuminurie d'effort).

Nous considérons comme *albuminurie isolée* celle qui remplit les conditions suivantes :

- absence de signes cliniques antérieurs ou actuels;
- absence d'hypertension artérielle;
- azotémie normale;
- absence d'anomalies du culot urinaire (hématurie, cylindrurie);
- réponses normales des épreuves fonctionnelles.

Nous avons choisi, parmi les multiples épreuves de la fonction rénale :

L'Urea clearance de Van Slyke, l'épreuve à la P.S.P. (par voie I.V.) et, dans certains cas, le test de dénivellation densimétrique post hypophysaire de Leberman, et nous classons comme *albuminurie non isolée*, celle qui n'obéit pas à l'un quelconque et à plus forte raison à plusieurs de ces critères.

Les raisons qui nous ont amenés à cette systématisation, et qui ont dicté le choix des épreuves fonctionnelles ont été développées dans l'étude du Dr MASBERNARD.

Avant de vous donner les résultats de notre propre étude, rappelez les résultats des principales statistiques jusqu'alors publiées.

1° H. GARNUNG, M. FAVIER, J. VAILHE, H. ROUMAGNAC et J. DELMAS (Presse Médicale, 1951, 61, p. 323).

Nombre de cas examinés : 49.

Type de l'albuminurie = isolée (permanente ou intermittente).

Les tests choisis paraissent être comparables aux nôtres.

Anomalies : 17 (35 %), soit 4 malformations congénitales; 13 anomalies mineures ou majeures (26,5 %).

2° H. GARNUNG et J. BÉRÉNI (Maroc Médical, 35, n° 369, févr. 1956, pp. 104-109).

Nombre de cas examinés : 30.

Type de l'albuminurie : isolée.

Mais : 1° les auteurs ne séparent pas les albuminuries permanentes des albuminuries intermittentes;

2° leurs tests comportent l'étude de la T. A. de l'azotémie du culot urinaire, mais il n'est pas fait nettement mention d'épreuves fonctionnelles.



*Nouvelle présentation*

**FLACONS A BOUCHON DE  
CAOUTCHOUC TRANSPERÇABLE**

*Dosés à 0g50 et 1g*

ACCOMPAGNÉS D'UNE AMPOULE D'EAU BIDISTILLÉE STÉRILE

**ANESTHÉSIE GÉNÉRALE  
PAR VOIE VEINEUSE**

# NESDONAL

ÉTHYL-5 (MÉTHYL-1' BUTYL-1')-5 THIO-2 BARBITURATE DE SODIUM



**SOLUBILITÉ  
INSTANTANÉE  
LIMPIDITÉ  
PARFAITE**

Anomalies : 11, soit 5 malformations congénitales; 6 anomalies mineures ou majeures (20 %).

3° RAYMOND et PAPET (Maroc Médical, août 1955).

36 albuminuries isolées

17 anomalies UIV - soit 47 %.

Majeures et Mineures :	{	30,5 %	{	1 lithiase rénale
				3 lithiases urétrales 2 avec hydronéphrose
				3 hydronéphroses
				2 atrophies unilatérales
				1 image kystique
				1 plage grise calicielle

Malformations Congénitales : 16,66 % : 6 anomalies pyélo-cal. diverses.

4° ANDRÉ, RISPE et DUMOULIN (Soc. Méd. Mil. Frçse, 1953, 47, p. 29).

Nombre de cas examinés : 21.

Type : Intermittentes.

Anomalies constatées : 8 dont 5 malformations congénitales.  
3 anomalies majeures ou mineures.

5° BAYLON et HUGONOT (Rev. Corps Santé Mil., 1954, 10, n° 2, p. 151-170).

Nombre total des cas : 82 se répartissant ainsi :

	Nombre de cas	Normaux	Malformations congénitales	Anomalies mineures	Anomalies majeures
Albuminuries intermittentes isolées . . . . .	30	14	1	3 (10 %)	12 (40 %)
Albuminuries intermittentes non isolées . . . . .	42	18	1	14 (33,3 %)	9 (21,5 %)
Albuminuries permanentes isolées ou non ..	10	6	1	2	1



6. H. BERTOJO (2)

	Nbre de cas	Normaux	Anomalies purement congénitales	Anomalies mineures	Anomalies majeures	Total des anomalies lésionnelles
Alb. intermit. isolées . . .	42	24 (57 %)	1	14 (33 %)	7 (7 %)	17 (40 %)
Alb. intermit. non isolées ..	60	26 (43 %)	1	12 (20 %)	21 (35 %)	33 (55 %)
Témoins . . .	23	16 (69 %)	2	3 (12 %)	2 (8,8 %)	5 (21 %)

Les critères utilisés pour ces deux dernières statistiques sont comparables à ceux que nous avons retenus.

C'est bien ce que confirme notre propre statistique, dont voici le détail :

	Nbre de cas	U.I.V. normales	Anomalies purement congénitales	Anomalies mineures	Anomalies majeures	Total des anomalies lésionnelles
Alb. perm. ou intermit. isolées ou non	56	26 (46,5 %)	5 (9 %)	11	14	25 (45 %)
Alb. intermit. isolées . . . .	22	12 (54,5 %)	1	5	4	9 (41 %)
Alb. intermit. non isolées .	5	4 (?)			1	(sans signification statistique)
Alb. perm. isolées . . . . .	13	5 (38 %)	1	3	4	7 (54 %)
Alb. perm. non isolées . . . .	16	5 (31 %)	3	3	5	8 (50 %)

Ce tableau appelle quelques éclaircissements :

**PRODUIT NOUVEAU**  
conservé vivant

Le Laboratoire de **L'ARHEMAPECTINE**

Vous présente :

# **LEVURE lyophilisée GALLIER**

(Licence Sarec bio)

**ADJUVANT DES ANTIBIOTIQUES**  
**TROUBLES DIGESTIFS**  
**TROUBLES NUTRITIONNELS**  
**STAPHYLOCOCCIES - ACNÉS**

BOITE DE 4 FLACONS

SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoire R. GALLIER, 1, b. place du Président Mithouard, PARIS  
SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

# **BELLADENAL**

**Frénateur du Vague**  
**Sédatif des centres sous-corticaux**

Comprimés — Suppositoires

Laboratoires SANDOZ  
6, Rue de Penthièvre — PARIS-8<sup>e</sup>

DEPOSITAIRE GENERAL :

M. JARMON — 10, Rue d'Espagne - TUNIS

1° *Les anomalies purement congénitales (anomalies numériques), que nous avons rencontrées se répartissaient en :*

- 2 bifidités urétérales bilatérales;
- 2 bifidités urétérales unilatérales gauches;
- 1 duplicité urétérale droite.

A l'encontre de plusieurs des auteurs sus-cités, mais en accord avec BERTOJO, nous avons remarqué que ce type d'anomalies se rencontrait avec une égale fréquence chez les suspects témoins ou sur les séries d'U.I.V. faites pour toute autre raison.

Quel que soit le rôle joué par ces malformations strictement congénitales dans le déterminisme de l'albuminurie, dont seules des études très étendues pourraient rendre compte, le facteur dysgénétique à l'origine de maintes anomalies, majeures ou mineures, de l'urogramme où il est le plus souvent, du point de vue radiologique, difficile à démontrer et à évaluer, (hydronéphrose, pylectasies...) ne doit pas être méconnu et permettrait, en réalité, de ménager à ce contingent des anomalies congénitales une place en fait plus importante dans le cadre de ces albuminuries isolées à urographies anormales. L'importance de ce facteur congénital dans le bilan d'une albuminurie est encore accrue, sur le plan pronostique, par la notion maintenant établie qu'il ne peut être qu'un élément préjoratif dans l'avenir lointain de ces sujets. (PASTEUR-VALLÉRY-RADOT).

2° La division en *anomalies (lésionnelles)* majeures et mineures est assez artificielle et le classement subira l'influence de l'interprétation subjective du radiologiste.

Nous ne tiendrons donc compte, pour la statistique, que du total des anomalies majeures et mineures.

Ne voulant pas vous faire l'énumération fastidieuse de chacun de ces cas, disons simplement que les 25 anomalies lésionnelles se répartissaient ainsi :

-- 1° Hydronéphroses importantes : 6 (1 à droite - 5 à gauche).

A noter que l'une de ces hydronéphroses était manifestement secondaire à une atrésie congénitale du méat urétral avec volumineuse dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'urètre et importante dilatation pyélo-calicielle.

-- 2° Dilatations pyéliques, pyélo-calicielles, calicielles modérées = 10 (6 à droite, 2 à gauche, 2 bilatérales).

-- 3° Ptoses = 4 (toutes à droite).

-- 4° Images particulières = 5.

Nous avons découvert en outre :

-- 1 image très évocatrice de rein polykystique droit (albuminurie permanente non isolée : sédiment abondant).

-- 2 images de type tumoral (1 à droite - 1 à gauche),



La nature néoplasique n'ayant pas été démontrée par l'examen clinique et les explorations urologiques, nous avons préféré évacuer ces jeunes gens sur la France, où la surveillance médicale, urologique et radiologique sera poursuivie et la décision prise ultérieurement en fonction de l'évolution des images radiologiques.

L'une intéressait une albuminurie intermittente isolée, l'autre une albuminurie permanente isolée.

— 2 images de type tuberculeux, mais extrêmement localisées, de dimensions très petites, sans aucune anomalie de l'aspect du reste des cavités urinaires, sans confirmation bactériologique (recherche directe, inoculation au cobaye).

L'une de ces images consistait en une petite cavité arrondie supplémentaire intraparenchymateuse paracalicielle (droite) le reste des cavités rénales et l'ensemble de l'urogramme étant parfaitement normaux (albuminurie permanente isolée).

L'autre consistait en une petite tige calicielle du groupe moyen (à gauche) allongée irrégulière, terminée par une petite cavité ovalaire de siège et de forme anormaux (albuminurie intermittente isolée).

S'agit-il là de petites lésions bacillaires anciennes, spontanément cicatrisées, ou actuellement quiescentes ?

Nous pensons qu'une surveillance médicale, et des contrôles urographiques périodiques, s'imposent.

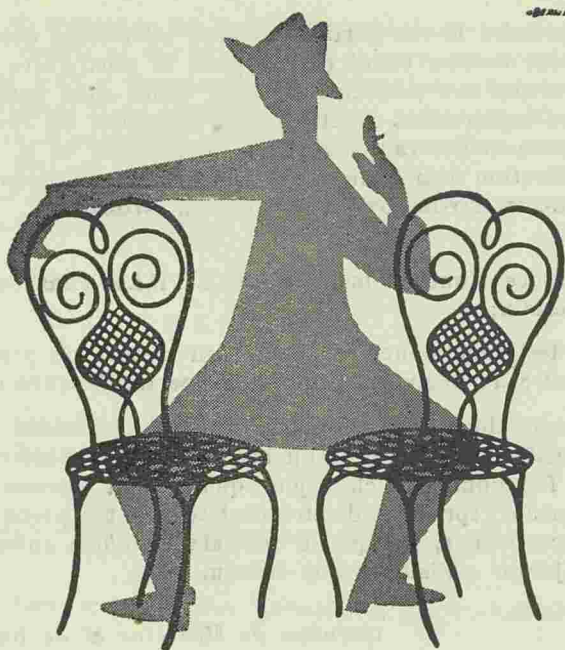
— 5° Notons enfin que nous n'avons jamais révélé de lithiase méconnue, contrairement à certains de nos prédécesseurs et contrairement à ce que voient les urologues.

Sans doute cela tient-il à ce que tous nos sujets sont jeunes, la plupart ayant moins de 25 ans et aucun ne dépassant 30 ans et chez eux la sonnette d'alarme de la crise douloureuse ne manque que de façon tout à fait exceptionnelle.

De la comparaison de ces différentes statistiques, et en tenant compte plus particulièrement de celles de BAYLON - HUGONOT et de BERTOJO, qui font état d'un nombre suffisant de cas et d'une série témoin d'urographies-tests pratiquées chez des sujets sains, il apparaît de façon évidente que le pourcentage d'anomalies rénales, majeures ou mineures est très nettement plus élevé chez l'albuminurique que chez le sujet normal puisqu'il atteint de 40 à 55 % suivant les séries et le type de l'albuminurie au lieu de 20 %.

La concordance des deux dernières statistiques et de la nôtre est particulièrement frappante et significative.

Nous regrettons de n'avoir pu, comme nos confrères du Val-de-Grâce, vous offrir la comparaison d'une série témoin d'U.I.V. de sujets sains. La nécessité d'assurer un très gros débit avec des moyens limités ne nous a pas permis d'entreprendre ce contrôle.



## HEMORROÏDES

- CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES  
100 à 500 gouttes par jour
- TRAITEMENT D'ENTRETIEN  
30 à 90 gouttes par jour

VARICES . PHLÉBITES . ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES  
VEINEUX . FRAGILITÉ CAPILLAIRE . ENGELURES  
30 à 300 gouttes par jour

*Toutes les doses ci-dessus doivent être absorbées en  
prises fractionnées*

## Intrait de Marron d'Inde "P"

*La préparation la plus riche en vitamines "P" native*

FLACON GRAND MODÈLE, CONTENANCE 3.000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 434  
FLACON PETIT MODÈLE, CONTENANCE 1000 GOUTTES ENVIRON. PRIX : FR\$ 179



Remboursé par la Sécurité Sociale  
Echantillons sur demande

11.000 γ  
de  
Vitamine P  
par cc.

Pour prendre le cas particulièrement intéressant des albuminuries intermittentes isolées, celles qui risquent le plus d'être négligées par le patient et par son médecin lui-même, celles aussi pour lesquelles la carence des explorations fonctionnelles classiques est complète, la fréquence des anomalies radiologiques — qui atteint 40 % — prend toute sa signification à la lumière des conclusions de l'important rapport de PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, P. MILLIEZ, R. WOLFROMM, F. MALLAT et J. A. JACOT :

la présence d'une anomalie rénale à l'U.I.V. constitue un élément péjoratif certain;

aucun test fonctionnel rénal n'est en mesure de prédire l'apparition ultérieure d'une hypertension ou d'une insuffisance rénale.

Il apparaît donc que, parmi les différents procédés d'exploration, l'U.I.V. constitue certainement un examen aussi important que les explorations fonctionnelles classiques qu'elle doit nécessairement compléter et qu'elle représente d'autre part selon toute probabilité le meilleur test pronostique, puisque la constatation d'une anomalie offre un élément péjoratif statistiquement certain.

*(Services de Médecine et de Radiologie de  
l'Hôpital Militaire Louis Vaillard à Tunis).*

#### Résumé :

En comparaison avec les statistiques déjà publiées, les Auteurs analysent les enseignements apportés par l'urographie intra-veineuse pratiquée systématiquement chez 56 sujets jeunes présentant une albuminurie permanente ou intermittente avec ou, souvent, sans signes de déficience fonctionnelle rénale. La fréquence des anomalies congénitales et lésionnelles (resp. 9 et 40 à 50 %) donne à l'urographie intra-veineuse une place au moins équivalente à celle des autres explorations, dont elle représente en tous cas, un complément indispensable et systématique.

*Zusammenfassung.* — Im Vergleich zu den bereits veröffentlichten Statistiken, erörtern die AA. die Ergebnisse der bei 56 jungen Patienten mit einer permanenten oder zyklischen Eiweissausscheidung und mit oder oftmals ohne Zeichen für eine funktionelle Niereninsuffizienz systemmatisch vorgenommenen Ausscheidungsurographien. Der hohe Prozentsatz der beobachteten angeborenen und pathologischen Anomalien (resp. 9 % und 40-55 %) verleiht der Ausscheidungsurographie einen hervorragenden, den anderen Untersuchungen mindestens gleichwertig zu schätzenden Rang; derer ist sie unter solchen Umständen eine unentbehrliche und aufschlussreiche Ergänzung.



*Summary.* — With respect to the previously published statistics, the authors analyse the results of the systematical intravenous urography in 56 young patients with a permanent or intermittent albuminuria, and with or often without signs of renal functional deficiency. The very common occurrence of congenital or pathological anomalies (respect. 9 and 40 to 55 %) bestows to the intravenous urography an eminent place at least equivalent to the other explorations of which it is anyhow a needful and systematical complement.

## R E F E R E N C E S


Une bibliographie très complète se trouve dans :

- 1° A. MASBERNARD : Les albuminuries du jeune et leurs incidents médico-militaires « Tunisie Médicale », XXXIV, n° 1, janvier 1956, page 13-38.
- 2° H. BERTOJO : L'exploration des albuminuriques par l'Urographie Intra-Veineuse.

Mémoire pour le Certificat d'Etudes Spéciales d'Electro-Radiologie -Paris - 1954.

Depuis a paru l'article de :

- H. GARNUNG et J. BÉRÉNI : Les albuminuries isolées et les problèmes qu'elles posent « Maroc Médical », 35.4.369, février 1956, page 104-109.



# SYMPATHYL

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

3 à 8 comprimés  
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly - TUNIS



TUNISIE : Ets ZANA et COHEN-JONATHAN  
14 bis. Rue Arago — TUNIS

## Le biologiste et les bacilles alcoolo-acido résistants

dits : « Para - Tuberculeux »

par les D<sup>rs</sup> A. ZAÏMI, Ch. ZÉRAH et M. COHEN

On ne se méfie jamais assez du diagnostic de tuberculose pulmonaire affirmé sur la foi d'une bacilloscopie positive.

Au cours des derniers mois nous avons été amenés à reconsidérer ce diagnostic dans une dizaine de cas. Cette fréquence nous a paru inhabituelle. Les conséquences sur le plan familial, social et professionnel sont importantes. L'erreur peut être évitée sous certaines précautions. Et ce sera l'objet de notre communication.

Tous les cas sont stéréotypés. Les malades consultent pour des troubles de la sphère respiratoire : toux, expectoration, séro-muqueuse parfois purulente, plus souvent striée de sang, déficience de l'état général. La radioscopie et la radiographie constatent tantôt un petit nodule cicatriciel sous-claviculaire, un ganglion interbronchique calcifié, l'épaississement de la scissure moyenne; tantôt un cul de sac émoussé, une intumescence accusée des éléments du hile.

Ce regroupement de symptômes survenant chez un adulte jeune fait craindre la bacilliose. On demande un tubage pour recherche de B. K. Le laboratoire trouve sur la lame des bacilles alcoolo-acido-résistants et répond « Présence de Bacilles Tuberculeux ».

Dans les dix cas, nous avons pu faire la preuve que la tuberculose n'était pas en cause et que les bacilles constatés sur lame ou après culture étaient des paratuberculeux, non pathogènes pour l'homme (1).

Ces bacilles vivent en saprophytes dans les milieux les plus divers puisqu'on les trouve dans le smegma, le cerumen, le mucus nasal, la cavité buccale, le fumier et le beurre. Mais ils pullulent littéralement dans les antigliciers en caoutchouc. Nous avons apporté l'antiglicier du Laboratoire où ils ont été mis en évidence. Ils y poussent en cultures saines et proliférantes sans autre adjonction à la matière caoutchoutée que l'eau du robinet. Une coloration de Ziehl à partir de ce milieu montre leur propriété alcoolo-acido-résistante. Les lames colorées, puis lavées à ce robinet étaient souillées assez fréquemment par les germes inclus dans l'antiglicier.

Le Paratuberculeux se trouve partout et l'Ecole de Montpellier vient de le mettre en évidence dans le L.C.R. d'une méningite lymphocytaire à évolution favorable (2).

Ainsi l'embarras peut être réel et l'erreur n'est point enfantine. Car à l'inverse, la clinique et la radiologie peuvent être en discordance avec la bactériologie.



≡≡≡ MÉDICATION  
BIO-ÉNERGÉTIQUE  
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS  
USURE ORGANIQUE  
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT  
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

AGENT GÉNÉRAL POUR LA TUNISIE : Ets NOTE, 61, avenue Garros, TUNIS - Tél. : 282.090

Par exemple, l'expectoration bacillifère est le seul élément en faveur de la tuberculose alors qu'aucun signe clinique et en tout cas aucun signe radiologique ne permet de la confirmer. Ces faits sont connus et ont été décrits dès 1935 par F. BEZANÇON et A. MEYER sous le nom de « tuberculoses occultes à expectoration bacillifère ».

Quatre de nos observations méritent d'être exposées :

— La première concerne un jeune homme sujet à des épisodes bronchiques. Il est considéré comme bacillaire après un tubage positif; la culture a permis de rejeter ce diagnostic en mettant en évidence des bacilles paratuberculeux.

— La deuxième concerne une fillette qui a été examinée à la suite d'un épisode aigu fébrile. Bien que les tests tuberculiques les plus poussés soient restés négatifs, la bacilloscopie a été trouvée positive. Le résultat de la culture demandée systématiquement a permis d'infirmier le diagnostic de bacillose.

— Au décours d'une pneumopathie suppurée de la base droite chez le troisième malade, la bacilloscopie a été trouvée positive. Cette constatation a laissé penser qu'il s'agissait d'authentiques « B. K. de sortie ».

La culture a montré que là encore il s'agissait de paratuberculeux :

— La dernière observation concerne un jeune militaire réformé pour tuberculose pulmonaire. Au moment où nous le voyons sa lésion du sommet droit qui avait été traitée par pneumothorax est complètement guérie. Comme il doit passer la 2<sup>e</sup> visite triennale, devant la Commission de réforme nous lui faisons un bilan qui comprend une bacilloscopie, elle est positive. Mais celles pratiquées à l'hôpital militaire restent toutes négatives. La culture a tranché en faveur de l'Armée !

En effet, la seule garantie valable d'un résultat de bacilloscopie réside dans la culture. On devrait demander systématiquement une mise en culture des produits de l'expectoration, comme on le fait déjà pour les produits pauci-bacillaires : Urines, Liquide pleural, L.C.R. ainsi qu'une inoculation au cobaye.

Il existe des méthodes de prélèvement qui ont fait leur preuve et dont la pratique devrait être généralisée.

L'écouvillonnage a le mérite de l'élégance et de la propreté du geste; il n'oblige pas le malade d'être à jeun. C'est une méthode idéale pour les enfants et dans les collectivités : Hôpitaux, Sanas, Dispensaires.

L'organisation de notre système de sécurité sociale qui ne rembourse que le gros risque ne permet pas au médecin ni au malade de faire pratiquer des examens de laboratoire aussi souvent que les données cliniques et radiologiques l'exigent. Il y aurait peut-être lieu d'envisager

certains assouplissements dont bénéficierait l'organisme gestionnaire lui-même.

Enfin, le Laboratoire doit libeller sa réponse suivant des constatations morphologiques. Il devrait par exemple adopter la formule « présence de bacilles acido-alcoolo-résistants ayant la morphologie du B. K. » et suggérer la mise en culture si elle n'a pas été demandée.

(1) Nous remercions le D<sup>r</sup> RENOUX, Directeur de l'Institut Pasteur, Chef de Service de Bactériologie de nous avoir aidé à surmonter toutes les difficultés techniques.

(2) Méningite lymphocytaire à bacilles para-tuberculeux d'évolution favorable chez l'enfant — MM. CHAPTAL, R. JEAN et leurs collaborateurs.

13 avril 1956. Séance des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier.



## GRIPPE · REFROIDISSEMENTS

# CÉQUINYL

VITAMINE C A HAUTES DOSES  
+ QUININE ACTIVÉE (QUINIMAX)  
*comprimés dragéifiés*



Société d'Exploitation des LABORATOIRES DEROL Service des Relations Médicales 66<sup>me</sup> rue St Didier PARIS 16<sup>e</sup>

SPECIMEDHY : 37 Rue d'Isly — TUNIS — (Tunisie)

PHARMEDY : 13 Rue J.-J. Rousseau — ALGER — (Algérie)

M. PELISSARD : 5, Boulevard de Londres — CASABLANCA — (Maroc)



## Société de Médecine de Paris

—o—

SEANCE DU 25 OCTOBRE 1956

Président : Jean SALET

## ORDRE DU JOUR

Lecture et adoption du Procès-verbal.

*Communications :*

- M. Jean MILLOT : *Etude critique du Pronostic dans l'hypertension artérielle.*

Après avoir passé en revue les difficultés très réelles de la prise de la tension artérielle, l'auteur s'attache à définir les éléments qui permettent d'éliminer toutes les fausses hypertensions artérielles (émotives, neurotoniques, etc.) pour en arriver aux éléments de pronostic de l'hypertension artérielle maladie, ce qui consiste en réalité à apprécier la gravité et la diffusion de l'athérome artériel, maladie parallèle, mais différente et qui seule conditionne le pronostic.

Ce pronostic nécessite cependant une appréciation très rigoureuse de la valeur sémiologique de chaque élément du bilan vasculaire et cardiaque.

- M. TOLSTOI : *La cure de sommeil dans l'hypertension.*

L'auteur, après avoir exposé d'une façon succincte les bases physiologiques sur lesquelles cette thérapeutique repose, précise les contre-indications et les indications de cette cure sur l'hypertension artérielle.

L'hypertension essentielle est l'indication majeure.

Le succès de la cure dépend non seulement de la forme de l'hypertension, mais aussi de la personnalité du malade, qui doit être étudiée avec soin.

Les modalités de l'application de la cure elle-même ainsi que le rôle du personnel soignant, sont d'une grande importance.

L'auteur passe en revue les travaux parus en Russie, en France, ainsi que sa propre expérience personnelle.

En conclusion, pour l'auteur, la cure de sommeil dans l'hypertension est une méthode d'application délicate, mais sans danger si elle est bien conduite, son efficacité est certaine, elle est fonction de sa

Ip

# NEURINASE

SOLUTION - COMPRIMÉS - SUPPOSITOIRES

*amorce le  
sommeil naturel*

VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE  
ACTIVÉE PAR BARBITAL A FAIBLE DOSE

*Nouvelle  
Forme:  
Suppositoires*

*Remboursés Sécurité Sociale*

**LAB. GÉNÉVRIER**

45, Rue Michéris  
NEUILLY-PARIS

# ALEPSAL

COMPRIMÉS - SUPPOSITOIRES

PHÉNOBARBITAL. BELLADONE STABILISÉE. CAFÉINE

10 Cg. CONVULSIONS  
5 Cg. SPASMES  
1½ Cg. DYSTONIES

*simple, sûr, sans danger*

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS



# VIVACALCIUM

AMPOULES :

UNE SEULE FORME A LA FOIS  
INJECTABLE ET BUYABLE

COMPRIMÉS  
SUPPOSITOIRES

**LAROCHE - NAVARRON**

63, RUE CHAPTAL  
LEVALLOIS - SEINE - PER. 61-55

précocité, elle peut jouer un rôle préventif dans cette maladie à son début, elle peut amener des améliorations notables à un stade plus avancé et être employée comme traitement d'urgence, pour juguler des poussées hypertensives malignes, sans prétendre à ce moment, à la guérison définitive.

Elle doit être essayée, si le cas et la personnalité du malade s'y prêtent, avant toute tentative chirurgicale.

— M. BARDIAUX : *Hypertension gravidique, considérations cliniques, biologiques et thérapeutiques.*

L'auteur étudie certains aspects de l'hypertension au cours de la gravidité, surtout dans ses formes mineures; laissant volontairement de côté les aspects graves et paroxystiques où l'hypertension n'est qu'un symptôme.

Après avoir bien précisé que, physiologiquement, la tension artérielle de la femme enceinte normale est basse (maxima entre 10 et 13) il insiste pour que soit considérée comme hypertendue et traitée comme telle toute femme ayant un maxima supérieur à 14.

L'élément essentiel de l'hypertension est en réalité lié à une maladie du capillaire, plus ou moins grave et diffuse, réalisant, dès avant la grossesse, un terrain particulier et décelable.

Du point de vue clinique l'hypertension artérielle est parfois isolée et sans gravité. Elle est d'ailleurs un élément progressif, renouvelable, aboutissant à un tableau permanent qui explique la répétition d'accidents de plus en plus sévères parfois, mais surtout de plus en plus précoces qui s'expliquent par l'altération progressive du capillaire.

Après avoir groupé quelques tableaux cliniques l'auteur insiste sur la nécessité d'un dépistage précoce et plus systématique : la surveillance pondérale de la femme enceinte, surveillance qui entrainera les sanctions thérapeutiques qui peuvent mettre à l'abri des accidents. Parmi celles-ci deux sont essentielles : le régime déchloruré strict et le repos le plus complet. La médication pharmacologique est d'un intérêt plus secondaire.

— M. CAYLA : *Hypertension en milieu scolaire.*

L'hypertension en milieu scolaire. Elle est rare, elle est plus rarement notée encore. Le maxima est à 7 ou 8 ou dès 4 ans, puis elle s'élève progressivement pour atteindre la normale d'adulte vers 13 ans. Dans la très grande majorité des cas elle indique seulement un déséquilibre neuro-végétatif, et disparaît un jour. Mais elle peut aussi révéler une coarctation de l'arc aortique, un rétrécissement de l'isthme. Dans ce cas l'hypertension prise au bras, s'accompagne d'hypotension aux membres inférieurs.



un nouveau champ d'action de la chimiothérapie:  
**le diabète**

# DOLIPOL D-860

N. (sulfonyl-p-methyl benzene) · N' · u · butylurée

**antidiabétique  
actif  
par voie orale**

**documentation  
médicale  
sur demande**

*comprimés à 0,50 g*

REMBOURSÉ S. S.

PARVILLÉ

LES LABORATOIRES DIAMANT  
SOMEDIA

63, boulevard Haussmann - PARIS 8<sup>e</sup> - Anj. 46-30



TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille - TUNIS.

## Association des Diabétologues de Langue Française

Réunion du 29 Septembre 1956

Présidence : Professeur BOULIN

C. DARNAUD, Y. DENARD, G. MOREAU et J. M. SUC : *Aspects histologiques du rein des diabétiques à la lumière de la ponction-biopsie. Confrontation anatomo-clinique.*

La ponction-biopsie du rein, dans une proportion beaucoup plus importante que ne le laissait prévoir la clinique (22 cas sur 52), a permis de déceler les lésions typiques décrites par KIMMELSTRIEL et WILSON, celles-ci, si spécifiques, pourraient n'être qu'un des maillons de la chaîne qui, partant des lésions diffuses aboutit au « pain à cacheter » et va du dépôt glycoprotéique à la sclérose collagénique.

La ponction-biopsie du rein a donc à la fois, chez le diabétique : un intérêt *néphrologique* complétant l'exploration de cet organe et un intérêt *vasculaire général* décelant dans le rein les lésions vasculo capillaires parallèles à celles que peuvent mettre en évidence les examens oscillométriques, électrocardiographiques et ophtalmoscopiques.

C. DARNAUD, Y. DENARD, G. MOREAU et R. VOISIN : *Réflexions sur l'hyperglycémie des diabétiques.*

Clinique et physiologie doivent toujours être confrontées. Ce sont surtout des raisons cliniques qui font douter des bienfaits du régime libre dans le diabète. La statistique de Lichtenstein, promoteur de cette diététique, admet l'extrême fréquence, après 15 ans, de la rétinopathie chez les enfants ainsi traités.

Clinique et physiologie paraissent concorder assez bien en définitive, pour condamner les méfaits de l'hyperglycémie.

L. TRAVIA : *Aspects métaboliques dans la pathogénie du diabète de l'homme.*

Le syndrome diabétique chez l'homme correspond le plus souvent à un déséquilibre fonctionnel provoqué par une alimentation disproportionnée. Les altérations du métabolisme en particulier l'hypercholestérolémie et l'hyperuricémie apparaissent en général longtemps avant les troubles du métabolisme glucidique.

L'équilibre métabolique du diabétique n'est atteint que lorsque non seulement la glycémie est redevenue normale, mais que les courbes d'hyperglycémie provoquée, uricémie et cholestérolémie sont aussi

normalisées. Chez les hypertendus on observe en outre une amélioration de l'état fonctionnel et électrocardiographique.

E. AUBERTIN et C. MARTIN : *Sur un cas de diabète et de syndrome de Basedow apparus simultanément au cours d'un état émotionnel prolongé.*

Chez un jeune homme de 17 ans apparurent vers la même époque, une maladie de Basedow et un diabète qui conduisait rapidement au coma. Le malade avait alors de graves ennuis d'ordre professionnel qui avait créés chez lui une véritable psychose émotionnelle.

Les auteurs rappellent à ce sujet les données actuellement connues sur les centres émotionnels hypothalamiques et leur relation avec l'hypophyse antérieure par le système porte de Dopa, et par l'intermédiaire du faisceau tangentiel avec l'axe bulbo-spinal, les noyaux d'origine des vagues et les chaînes sympathiques médullo-ganglionnaire. Ainsi peuvent s'expliquer, sous l'influence de l'émotion, d'une part une sécrétion exagérée d'hormone thyroïdienne, d'A.C.T.H. provoquant elle-même une sécrétion d'hormone glucocorticoïde, et d'autre part des réactions neurovégétatives susceptibles de déclencher certains troubles du Basedowisme, l'excitation sympathique de la médullosurrénale, l'influence du pneumogastrique sur la sécrétion insulaire et enfin des réactions vasomotrices et sécrétoires sur ces dernières glandes endocrines.

La réalité des syndromes basedowiens d'origine encéphalique est bien acquise. Celle des diabètes d'origine émotive est également certaine. Mais les auteurs pensent que ces dernières sont rares. Si le système nerveux peut intervenir sur la glycorégulation, les causes habituelles du diabète ne viennent pas de lui.

E. AUBERTIN et BERNADAC : *Etat confusionnel prolongé par bouffées liées à des crises d'hyperglycémie insulinaire.*

Il s'agit d'un homme de 53 ans, exerçant la profession d'aiguilleur à la S.N.C.F., qui, en raison de troubles digestifs douloureux par sigmoïdite spasmodique et syndrome de l'angle colique gauche, restreignit peu à peu sa nourriture tout en continuant la même dose d'insuline. Il présenta alors pendant des mois des phases de confusion mentale survenant surtout loin des repas et au cours desquels se manifestèrent les phénomènes les plus divers : crises de colère, démarche ébrieuse, égarement sans pouvoir retrouver son domicile, dérochement ostensible des objets les plus hétéroclites dans les magasins. Après la crise, le malade ne se souvenait de rien. Dans l'exercice de sa profession, il éprouva quelques difficultés, mais par bonheur ne fit pas de fausse manœuvre. Bien qu'il ait maigri de 10 kilos en six mois, il n'alla pas voir le médecin, avec l'accord d'ailleurs de sa famille, afin de ne pas perdre son emploi de sécurité, le salaire plus élevé qui y est attaché.



et l'incidence que cette perte pourrait avoir sur sa retraite proche. Mais menacé de poursuites judiciaires pour vol à l'étalage des magasins, il eut peur. C'est ainsi qu'il fut envoyé à l'hôpital où après traitement de la colite et du diabète, cet homme redevint tout à fait normal. Il est digne de remarquer que jamais il ne fit de coma hypoglycémique.

A. LOUBATIÈRES. : *Le mécanisme d'action des dérivés sulfamidés hypoglycémiantes et anti-diabétiques à la lumière des expériences récentes.*

Dans cette publication A. LOUBATIÈRES souligne que les dérivés sulfamidés qu'il étudie depuis 1942, entre autres le 2254 RP, le 2256 RP, le 2259 RP ne diffèrent pas foncièrement par leur mécanisme d'action du B.Z. 55 ou du D. 860.

Il analyse l'action hypoglycémiante de ces produits et démontre qu'ils agissent en stimulant les cellules bêta des îlots de Langerhans du pancréas. Il s'ensuit une libération d'insuline endogène dont l'action se trouve dans un second temps potentialisée par les sulfamides. En outre les sulfamides stimulent la néoformation des cellules bêta.

Les sulfamides ont une action anti-diabétique en ce sens qu'ils sont capables dans certaines conditions de guérir les diabètes méta-alloxanique ou méta-hypophysaire. Le siège de la guérison est intra-pancréatique.

Dans un dernier chapitre l'auteur extrapole les connaissances expérimentales acquises chez l'animal au comportement de l'homme diabétique et classe les malades en fonction de leurs capacités réactionnelles insulo-pancréatiques.

Il termine en développant les réserves que suscite le traitement du diabète sucré par les sulfamides.

P. BOULET, A. LOUBATIÈRES, J. MIROUZE, Ch. FRUTEAU DE LACLOS, P. BOUYARD (Montpellier) : *Essais thérapeutiques du diabète sucré humain à l'aide de trois dérivés sulfamidés hypoglycémiantes et anti-diabétiques dérivés du para-amino-benzène-sulfamido-thiodiazol (isopropyl, isobutyl, tertibutyl). A propos de 100 cas.*

Ils envisagent successivement les différents produits utilisés, les malades traités, la posologie, les incidents et les accidents thérapeutiques (très rares dans leur série). Ils étudient enfin les résultats qu'ils scindent :

- en résultat complet (16 malades) dans ce groupe le diabète est intégralement compensé par la médication sulfamidée;
- en résultat nul (28 malades) ici le traitement sulfamidé ne modifie pas l'évolution du diabète qui emprunte l'allure d'un diabète pancréatoprive ou d'un diabète partiellement insulino-résistant associé à un déséquilibre pituitaire;

— *en résultat partiel enfin* (49 cas) dans ce cas le diabète tire parti du traitement sulfamidé au prorata de la gravité de la maladie qui évoque volontiers, par ailleurs, un hypercorticisme chronique. L'action glucidique et extra-glucidique de la drogue est discutée.

Un certain nombre d'autres malades ont été traités par des essais croisés avec d'autres produits et les résultats ont été variables suivant les conditions expérimentales.

P. UHRY et M. CIRILLI : *Coma hypoglycémique au cours d'un traitement par les sulfamides hypoglycémiantes chez un sujet non diabétique.*

Au cours d'un essai de traitement d'un cas de D.P. pas shock hypoglycémique au moyen du BZ 55, on observe un coma hypoglycémique net et indiscutable.

Si sur le plan psychiatrique cet essai a été un échec, sur le plan biologique, il a montré clairement :

a) La possibilité d'accidents hypoglycémiques importants avec les sulfamides chez un sujet à glycorégulation normale, contrairement à ce qui est habituellement soutenu.

b) La difficulté d'obtenir ainsi une hypoglycémie stable, contrôlée sans incident, malgré les meilleures conditions diététiques et de laboratoire.

J. VAGUE, G. FAVIER et C. DELBOY : *Diabète infantile récent et non traité, apparemment guéri depuis quatre mois par 73 gr. de 2254 R.P. en 26 jours.*

Un enfant de près de 15 ans, d'hérédité diabétique présente après un état grippal un diabète à début rapide acidotique traité seulement pendant 10 jours par la restriction hydrocarbonnée. Avec un régime comprenant environ 150 g de glucides et la prise totale de 73 g de 2254 R.P. en 25 jours le diabète cesse complètement, l'hyperglycémie provoquée est normale le 41<sup>e</sup> jour. La guérison se maintient au bout de 5 mois.

L'hypothèse se pose d'un diabète aigu post-infectieux spontanément curable comme il existe quelques observations. La coïncidence parfaite de la thérapeutique et de la guérison rend cette hypothèse infiniment peu probable.

GILBERT-DREYFUS, SAVOIE, SEBAOUN et CHIMÈNES : *Les principes directeurs de la « libération » par l'insuline du régime alimentaire dans le diabète.*

Les Auteurs décrivent une technique de régime libéré qui réussit à équilibrer une bonne moitié des diabétiques hospitalisés. Malheureusement

ment la plupart d'entre eux, se « déconditionnant » lors de la reprise d'une vie normale, il est nécessaire de réajuster la posologie insulini- que.

P. BOULET, J. MIROUZE, P. BARJON et Mlle Y. SCHMOUKER : *Les dys- harmonies hypophyso-thyroïdiennes dans le diabète sucré* (note pré- liminaire).

L'exploration de la fonction thyroïdienne chez les diabétiques con- duit les auteurs à isoler, en dehors de déviations patentes, deux grou- pes de malades où existe une dysharmonie hypophyso-thyroïdienne.

Dans le premier groupe, le métabolisme de base est normal ou lé- gèrement augmenté, la fixation d'iode effondrée. Cette dissociation peut être interprétée à la suite des travaux de l'école de Thorn, comme d'origine probablement hypophyso-surrénalienne.

Dans le second groupe, le métabolisme de base est très diminué, la fixation de l'iode est très augmentée : un état endocrinien identique au myxœdème hypophysaire peut en être tenu pour responsable par carence thyroxinienne « virtuelle ».

Ces quelques documents permettent d'entrevoir un aspect méconnu des problèmes endocriniens du diabète sucré.

M. UZAN.

INNOVATIONS  
**Innothéra**  
THERAPEUTIQUES

**MUCINUM**  
LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés  
par jour

INNOThÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

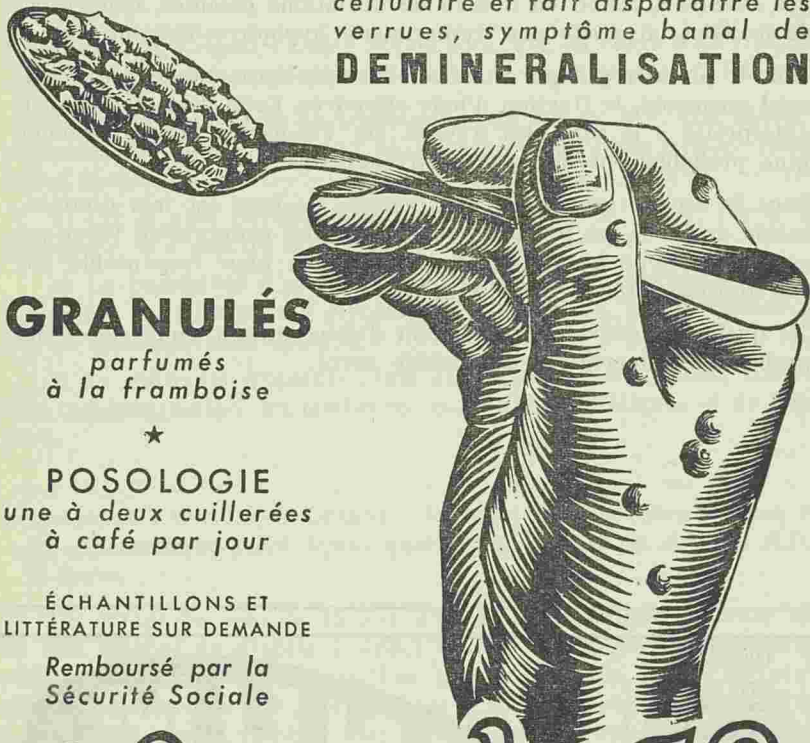
TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



**NOUVEAU!**

## L'association VERRULYSE-METHIONINE

★  
véritable aliment magnésien  
qui facilite l'anabolisme  
cellulaire et fait disparaître les  
verrues, symptôme banal de  
**DEMINERALISATION**



### GRANULÉS

parfumés  
à la framboise

★

**POSOLOGIE**  
une à deux cuillerées  
à café par jour

ÉCHANTILLONS ET  
LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Remboursé par la  
Sécurité Sociale

# Verrulyse

## méthionine

Ed. PUBLIREX

LABORATOIRES FLUXINE - Villefranche (Rhône) - FRANCE  
TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai, TUNIS

### III<sup>ème</sup> Congrès International de Médecine Néo-Hippocratique

Montecatini - 20-21-22- Mai 1956

Le Troisième Congrès International de Médecine Néo-Hippocratique n'est tenu à Montecatini les 20, 21, 22 mai 1956, sous la présidence du Professeur C. FRUGONI et la Vice-Présidence du Professeur N. PENDE.

Quatre cents congressistes représentant vingt pays y participaient, dont certains n'avaient pas hésité à traverser l'Atlantique Sud. Ils furent pendant trois jours les hôtes de la Société des Thermes de Montecatini, dont les dirigeants avaient assuré de façon remarquable la mise au point de cette rencontre qui débuta — fait assez rare dans un Congrès — par la remise à chacun du volume des rapports. Ce volume de 470 pages — que l'on peut se procurer en s'adressant au professeur SCALABRINO, Montecatini Terme (Italie) — est riche de substances. En voici la table des matières :

#### I. — GENERALITES

- C. FRUGONI, Introduction.
- N. PENDE, Principes du Néo-Hippocratism
- A. PAZZINI, Unité de la Médecine hippocratique.

#### II. — DIAGNOSTIC DES PREDISPOSITIONS MORBIDES

- L.-R. GROTE, La signification de l'anamnèse pour le travail médical.
- M.-C. BARILARI, Tableau synoptique des antécédents personnels.
- M. MARTINY, La Biotypologie et les agressivités morbides.
- E. GREPPI, Aptitudes à la longévité.
- P.P. MÉRIEL, Diagnostic des prédispositions aux affections cardio-vasculaires.
- E. MARTIN, J. TERRIER, Les prédispositions morbides en rhumatologie.
- R. REDING, Prédispositions morbides au cancer ou état général de réceptivité.
- M.-J. DECOURT, Anomalies de la constitution sexuelle et psychonévroses.
- R. TURPIN, De l'influence de l'hérédité sur la sensibilité de l'homme à la tuberculose.
- P. DELORE, Prédispositions morbides, écologie, médecine préventive.
- H. EVANS, Neohippocratic medicine or the holistic nature of disease in relation to cardiovascular disorder.

### III. — LA PLACE DU THERMALISME DANS LA THERAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET LE NEO-HIPPOCRATISME

- C. BONACOSSA, Le facteur psychologique dans l'organisation et la direction d'une station thermale.
- F. SCHEMINZKY, Les bases expérimentales de la crénothérapie empirique.
- J.-M. BERT, Hippocratismes et doctrines thermales.
- J. MICHEZ, Terrain et cures thermales.
- S. PISANI, Corrélations entre quelques règles de la doctrine hippocratique ancienne et quelques notions modernes de crénologie pratique et scientifique.
- M. MESSINI, Le pronostic hippocratique considéré au point de vue des rapports entre constitution et réactions thermales.

### IV. — LES PRINCIPES TRADITIONNELS DEVANT L'ÉVOLUTION TECHNIQUE ET SOCIALE DE LA MÉDECINE

- S. PICCINI, Les limites de l'expérimentation médicale sur l'homme et la morale hippocratique.
- M. CATTABENI, Le secret professionnel en relation avec les services sanitaires de prévoyance sociale et d'assistance.

Faisant suite au premier Congrès de Paris de 1937 et au deuxième Congrès d'Evian de 1953, cette manifestation fut une occasion pour le mouvement de s'affirmer et de s'exprimer mieux encore.

Le Congrès a, en outre, permis de nombreux échanges de vues notamment sur les tendances et exigences de la médecine contemporaine, — sur la baisse inquiétante de la culture médicale et les moyens d'y remédier, — sur la réforme des études médicales, — sur la modestie nécessaire au praticien, — sur l'importance des facteurs psychologiques et de la confiance, — sur l'abus des médicaments et des interventions, — sur la nécessité de l'individualisation, — sur l'opportunité de concilier les exigences de la médecine technique et sociale avec les principes permanents, synthèse qui est un des articles majeurs du néo-hippocratismes.

A la fin du Congrès, fut décidée la création d'un Comité de Direction, dont feraient partie de droit les Présidents et Secrétaires Généraux des précédents Congrès et dont le Président serait le Professeur FRUGONI et le Secrétaire Général le Professeur DELORE. Outre ce Comité de Direction, un Comité Général est en formation et compte déjà :

- Allemagne (Professeur L.R. GROTE).
- Argentine (Professeur M. G. BARILARI).



- Autriche (Docteur F. SCHEMINZKY).
- Belgique (Professeur MICHEZ — Docteur KLEIN).
- Espagne (Professeur CONDE).
- France (Professeur GIRAUD — Professeur DELORE — Docteur MARTINY).
- Grande-Bretagne (Professeur CAVADIAS — Sir Horace EVANS).
- Grèce (Professeur OECONOMOS).
- Italie (Professeur FRUGONI — Professeur GREPPI — Professeur MESSINI — Professeur PENDE).
- Pologne (Professeur ROWINSKI).
- Suisse (Professeur E. MARTIN — Docteur TERRIER).

Cette liste va être complétée par les représentants d'autres pays.

Enfin, le Professeur OECONOMOS, Doyen de la Faculté de Médecine d'Athènes fit part de son désir de voir le IV<sup>e</sup> Congrès de Médecine Néo-Hippocratique se tenir à Athènes et à Cos en 1958. Le Professeur GROTE, de son côté, exprima le souhait que le prochain Congrès ait lieu dans une station thermale allemande. La décision sera prise prochainement par le Comité de Direction.

Professeur P. DELORE.



**LABORATOIRES DEGLAUDE**  
 15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV<sup>e</sup>  
 MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
 SPÉCIALISÉS

**DIGIBAÏNE**  
 Tonique cardiaque

**SPASMOSÉDINE**  
 Sédatif cardiaque

SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS



Charge hormonale  
**m e n s u e l l e**  
de folliculine

**Benzogynœstryl**

**retard 5 mg**

hexahydrobenzoate d'œstradiol

**Aménorrhée**  
**Dysménorrhée** | par hypofolliculine

**Ménopause**

**Castration**

VOIE INTRAMUSCULAIRE  
Boîte de 1 ampoule de 1 cm<sup>3</sup>  
en solution huileuse

**LES LABORATOIRES ROUSSEL**

89, Rue du Cherche-Midi, PARIS-VI

ALGER : Laboratoires ROUSSEL, 28, Rue Clauzel

TUNIS : O.S.P., 10, Rue Amilcar

CASABLANCA : Laboratoires ROUSSEL, 382, Bd Mohammed V

Informations

## XVII<sup>e</sup> Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de la Fédération des Sociétés de Langue Française

—o—

Marseille, du 9 au 12 septembre 1957

Sous le Haut Patronage de :

- Monsieur le Préfet des B.D.R.
- Monsieur le Maire de Marseille.
- Monsieur le Président du Conseil Général des B.D.R.
- Monsieur le Recteur de l'Académie d'Aix - Marseille.
- Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille.
- Monsieur l'Inspecteur Divisionnaire de la Santé et  
Monsieur le Directeur Général de l'Assistance Publique à Marseille.

### BUREAU DU CONGRES :

<i>Président du Congrès :</i>	}	J. CHOSSON
<i>Vice-Président :</i>		G. PLASSE
<i>Secrétaire Général :</i>		H. SERMENT
<i>Trésorier :</i>		J. R. HENRY

### COMITE D'HONNEUR :

MM. VALETTE, A. MICHEL, MOIROUD, COTTALORDA, A. ARTAUD, GAVAUDAN.  
Anciens Présidents de la Société.

### COMITE D'ORGANISATION :

MM. RATHELOT, CASALTA, P. DOR, DIEULANGARD, VERDEUIL, GOIRAND, ODDO,  
RADULESCO.

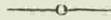
Le Congrès tiendra ses assises à la Faculté Mixte  
de Médecine et de Pharmacie Générales et Coloniales de Marseille

### PROGRAMME :

- Discussion des rapports et de communications relatives à ceux-ci;
- Communications libres;
- Expositions Scientifiques et Projections de films médicaux,



## RAPPORTS



## GROSSESSE PROLONGÉE :

Rapporteurs : MM. DE WATTEVILLE et SNOECK avec la collaboration de :

- MM. — MAGNIN (Lyon);  
 — GEISENDORF et LENOIR (Genève)  
 et des Médecins de la maternité de Genève.  
 M. — ROSA (Bruxelles).

## SYNECTIES UTERINES :

Rapporteurs : MM. MUSSET et NETTER avec la collaboration de J. DALSAGE, LAMBERT, Pierre ASCHHEIM et Yvette SALOMON.

## TRAITEMENT DES PROLAPSUS APRES HYSTERECTOMIE :

Rapporteurs : MM. GOSSELIN et AMELINE avec la collaboration de J. HUGUIER.

## ETUDE MEDICO-SOCIALE DE L'INSEMINATION ARTIFICIELLE :

Rapporteur Général : J. CHOSSON.  
 Rapports par MM. MERGER (Paris), HARTEMANN et LOUYOT (Nancy), CADERAS DE KERLEAU (Montpellier).

\*  
 \*\*

XVI<sup>e</sup> Congrès des Pédiatres de Langue Française

Le XVI<sup>e</sup> Congrès des Pédiatres de Langue Française se tiendra à Paris les 2, 3 et 4 juillet 1957, sous la présidence du Prof. Robert DEBRÉ.

Les trois sujets suivants sont à l'ordre du jour :

- I. Les insuffisances congénitales du tubule rénal de l'enfant.
- II. Prophylaxie et traitement du rhumatisme articulaire aigu.
- III. Les malpositions œsophago-cardio-tubérositaires chez l'enfant.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire Général de l'Association : Dr Jacques ODINET, 3, av. Bugeaud, Paris-16<sup>e</sup>. PAS. 80.97.

### III<sup>mes</sup> Journées du Diabète

(Vals-les-Bains 27 au 29 septembre 1957)

—o—

Les Troisièmes Journées du Diabète, organisées par la Société Médicale de Vals-les-Bains (Ardèche) et l'Association des Diabétologues de langue française, avec le patronage de la Fédération Thermale du Sud-Est, se tiendront à Vals-les-Bains (Ardèche) du 27 au 29 septembre 1957, sous la présidence de M. le Prof. BOULIN, avec le programme provisoire suivant :

Le 27 : communications libres de diabétologie, groupées sous les 4 sections suivantes :

1° *Physiobiologie;*

2° *Diététique;*

3° *Hydrologie;*

4° *Diabétologie sociale.*

Le 28 : *colloque sur la chimiothérapie du diabète.*

Des festivités, des excursions sont prévues.

S'adresser au Secrétariat des Journées, Hôpital de Vals-les-Bains, Centre de Diabétologie.

Foie - Fer - Cobalt

**TOT' HÉMA**

8 gammas

**Vitamine B<sub>12</sub>**

Une à deux ampoules buvables par jour

TUNISIE : Ets SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly — TUNIS

# TRIPLE ACTION

*antiphlogistique*

*anti-algique*



*urico-  
éliminatrice*

**ARTHROPATHIES RHUMATISMALES ou GOUTTEUSES**

**COLCHICINE · ASPIRINE  
· VITAMINE B<sub>1</sub> HOUDÉ**

DRAGÉES GLUTINISÉES

LABORATOIRES HOUDÉ  
9, rue Dieu — PARIS (X<sup>e</sup>)

TUNISIE : SPECIMEDY — 37, Rue d'Isly - TUNIS



### III<sup>me</sup> Prix Acqui Terme de Rhumatologie

Concours international pour une œuvre inédite  
sur les maladies rhumatismales

Sous le Patronage de la « Società Italiana di Reumatologia »

Prix de Lires 1.000.000

—o—

Sur les demandes instantes de nombreux concurrents, le Syndicat d'Initiative de la Ville d'Acqui Terme, (bains de boue naturels) promotrice, sous les auspices de la Société Italienne de Rhumatologie, du Prix « Acqui Terme » de Rhumatologie (Lires 1.000.000) : *a prolongé irrévocablement le délai utile pour la présentation des travaux au :*

31 JANVIER 1957

Les candidats sont priés de faire un bref résumé du travail présenté, en italien, français ou anglais.

Les noms des Membres de la Commission internationale compétente seront publiés après le 31 janvier 1957, dernier délai pour la présentation des travaux du concours.

Le résultat du Concours et la distribution du Prix, auront lieu à l'occasion des « Journées Rhumatologiques d'Acqui Terme... ».

La date exacte, sera en son temps communiquée.

Pour tous renseignements, s'adresser à : Azienda Autonoma della Stazione di Cura d'Acqui Terme (Piémont Italie).

---

### ETITE ANNONCE :

A vendre appareil scopie, mobilier médical.

Pour tous renseignements s'adresser Mme Vve BARTHAS - Béjà (Tunis).

REMARQUABLEMENT ACTIFS

# Liveroil

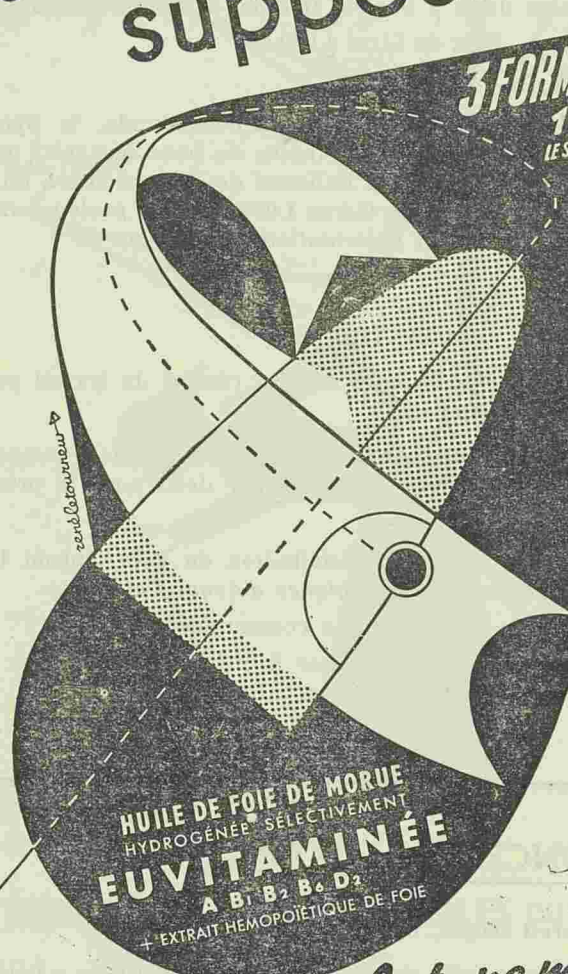
## suppositoires

3 FORMES

BÉBÉS  
ENFANTS  
ADULTES

1 SUPPOSITOIRE  
LE SOIR AU COUCHER

LABORATOIRES CHAMON • PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON • PARIS 6



HUILE DE FOIE DE MORUE  
HYDROGÉNÉE SÉLECTIVEMENT  
**EUVITAMINÉE**  
A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> B<sub>6</sub> D<sub>3</sub>  
+ EXTRAIT HÉMOPOÏÉTIQUE DE FOIE

... *Ce type même de la*  
THÉRAPEUTIQUE NATURELLE AMÉLIORÉE

VOIE RECTALE

FORMULE  
VITAMINIQUE  
ÉTENDUE

## LIVRES REÇUS

**La chimiothérapie du paludisme**, par COVELL, G., COATNEY G. R., FIELD J. W. et SINGH J., Genève, 1956. **Organisation mondiale de la Santé : Série de Monographies**. N° 27, 130 pages, index. Prix fr. s. 6 — 10/- ou \$ 2,00 (cartonné). Il existe également une édition anglaise.

Parmi les nombreux fléaux qui ont marqué l'histoire de l'homme, bien peu l'ont influencé autant que le paludisme. Cependant, jusqu'à la fin de la première guerre mondiale, les seuls médicaments spécifiques utilisés contre cette maladie si répandue étaient les alcaloïdes du quinquina (cinchona), notamment la quinine. Les progrès de la thérapeutique expérimentale et la découverte d'antipaludiques de synthèse ont donné un nouvel essor à la paludologie.

Reconnaissant la nécessité d'une étude critique des propriétés des antipaludiques récents, l'Organisation Mondiale de la Santé a chargé de cette tâche Sir Gordon Covell, le Dr G. Robert Coatney, le Dr John W. Field et le Lieutenant-Colonel Jaswant Singh. Dans **La chimiothérapie du paludisme**, les auteurs présentent au corps médical les résultats de leur travail.

Ce nouveau volume de la **Série de Monographies** de l'OMS, qui s'ouvre sur un rappel historique, s'achève par une étude des indications cliniques des antipaludiques. Les recherches effectuées sur les médicaments antipaludiques sont présentées, d'une part, du point de vue de la chimie, avec exposé des structures de chaque groupe de substances, et, d'autre part, du point de vue de la biologie, c'est-à-dire de l'effet des médicaments sur les différentes espèces de parasites aux divers stades du cycle vital. Chacun des médicaments entrés dans l'usage courant est ensuite examiné quant à son efficacité, sa toxicité, ses contre-indications, sa rapidité d'absorption, son taux de concentration plasmatique et son élimination, et les auteurs décrivent les tests qui permettent d'apprécier la concentration des divers médicaments dans les milieux organiques.

L'apparition d'une résistance notable aux médicaments est de fraîche date, bien que, théoriquement, toutes les formes de parasites normalement sensibles aux médicaments puissent devenir résistantes. Dans un chapitre spécialement consacré à cette question, les auteurs étudient surtout la résistance au proguanil et s'efforcent d'en élucider l'origine et le mécanisme.

Le chapitre sur l'utilisation clinique des médicaments antipaludiques fait ressortir les deux buts de la chimiothérapie du paludisme, à savoir, la guérison du paludéen et la prévention des manifestations cliniques de la maladie. Les auteurs examinent le traitement des différentes formes de l'infection paludéenne à l'hôpital et au dispensaire,



et ils fournissent les indications utiles quant au choix et aux doses de certains médicaments. Une autre section du même chapitre est consacrée à la prophylaxie médicamenteuse, individuelle et collective, et notamment à la lutte contre les épidémies. L'ouvrage s'achève sur des annexes consacrées aux points suivants : résumé des posologies proposées, teneur en substance active des comprimés exprimée en poids de la base, caractères physiques des sels. Un choix de références bibliographiques mentionne près de 200 publications.

Cette monographie montre bien qu'il y a « peu d'infections qui répondent mieux à une thérapeutique bien conduite, et il en est encore moins où un traitement donne des résultats aussi satisfaisants sur une aussi vaste étendue. »

**Conférence mixte FAO/OMS sur les Substances ajoutées aux Denrées alimentaires.** Rapport. Organisation Mondiale de la Santé : Série de Rapports techniques, 1956, N° 107; 15 pages. Prix : Fr. s. 1.--, 1/9 ou \$ 0,30. Existe également en anglais et en espagnol.

La FAO et l'OMS ont convoqué conjointement en septembre 1955 une conférence sur les substances ajoutées aux denrées alimentaires, problème de santé publique que la Sixième Assemblée Mondiale de la Santé avait signalé en raison de son urgence croissante. Le rapport sur cette conférence vient de paraître dans la **Série des Rapports techniques de l'OMS** en même temps que dans la **Série des Réunions de la FAO sur la Nutrition**.

Le rapport insiste sur les avantages d'une action internationale dans le domaine des additifs alimentaires, en soulignant que l'adjonction imparfaitement contrôlée de substances aux denrées alimentaires constitue une source de dangers possibles pour la santé, que l'organisation d'échanges de renseignements et de confrontations d'expériences sur la base la plus large serait d'une grande utilité et que l'ampleur du problème est telle qu'il est impossible à un seul pays d'entreprendre toutes les recherches nécessaires. Le rapport constate que la question des additifs alimentaires intéresse le commerce international aussi bien que la santé : « Le libre mouvement des denrées alimentaires industrielles dans le commerce international sera d'autant plus facile que l'on sera parvenu à un large accord sur les méthodes de contrôle, sur l'interprétation de leurs résultats et, finalement, sur des listes de substances dont l'adjonction aux aliments est autorisée. »

Le rapport préconise certaines mesures d'ordre international en vue, tout particulièrement, de la réunion et de la diffusion de renseignements sur les additifs alimentaires, y compris des informations sur la législation applicable en la matière dans les divers pays. Certains additifs alimentaires sont mentionnés spécialement comme devant être considérés en priorité; ce sont, par ordre d'importance : les colorants, les agents conservateurs (agents antiseptiques et agents antioxygènes) et les agents émulsifiants.

« **Hémodynamique rénale** », par P. MÉRIEL, Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse, Médecin des Hôpitaux. F. GALINIER, Ancien Chef de Clinique; S. RIBAUT, Ancienne Interne des Hôpitaux; J.-M. SUC, Interne des Hôpitaux. Un vol. in-8<sup>e</sup> de 160 pages avec 24 figures et 16 tableaux dans le texte (1956) : 1.500 francs. G. DOIN et Cie Editeurs.

Les progrès de l'exploration fonctionnelle du rein et ceux de l'hémodynamique ont ouvert la voie à un grand nombre de travaux concernant la circulation rénale. Les auteurs, dans ce travail, font le point des connaissances récentes et exposent les résultats de quatre ans de recherches sur l'hémodynamique rénale.

La première partie de l'ouvrage est une étude physiologique : la filtration glomérulaire, le débit rénal, les pressions à l'intérieur de ce lit vasculaire, les résistances, les syndromes hémodynamiques sont tour à tour étudiés. L'étude des corrélations fonctionnelles et de la pharmacodynamie de la circulation rénale termine cette partie physiologique.

Les applications pathologiques constituent l'autre moitié de ce livre.

Les auteurs commentent les résultats de leurs investigations chez les cardiaques, les hypertendus et au cours du shock. Ils esquissent, à la lumière des travaux effectués dans le monde, le profil hémodynamique des néphropathies (glomérulo-néphrites, néphrites interstitielles, tubulo-néphrites aiguës, néphropathies gravidiques).

Une importante bibliographie suit chacun des quinze chapitres de cette monographie.

Deux tables numériques, seize tableaux et vingt-quatre figures illustrent ce travail qui intéresse les physiologistes, les cardiologues, les hémodynamistes et, bien entendu, les néphrologues.

« **Nouvelle pratique chirurgicale illustrée** », Jean QUÉNU, Directeur.

Fascicule IX. Un volume grand in-8<sup>e</sup> de 264 pages avec 227 figures dessinées d'après nature par S. DUPRET et P. RIVALLAIN (1956) : 2.500 francs. G. DOIN et Cie Editeurs.

#### SOMMAIRE DU FASCICULE IX :

*Réséction en un temps d'un diverticule de l'œsophage cervical (J. PERROTIN). — Cure opératoire, par la voie thoracique, d'une hernie diaphragmatique consécutive à une plaie par projectile de guerre (Jean QUÉNU). — Jéjunostomie en Y (J. PERROTIN). — Réséction par la voie abdominale d'un cancer recto-sigmoïdien (J. PERROTIN). — Réséction abdomino-transanale du rectum par retournement, avec abaissement systématique du côlon transverse (A. TOUPET). — Iléo-côlo-rectoplastie (Jean QUÉNU). — Cholécystectomie avec contrôle radiomanométrique pour lithiase biliaire (J. LEBRUN). — Colpectomie totale pour grand prolapsus vaginal (opération de Müller) (Jean QUÉNU).*

*Le pansement de marche*

# ULCÉOPLAQUE

*du Docteur Maury*

## CICATRISÉ



- PLAIES ATONES
- ESCARRS
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.  
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.  
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**  
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

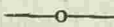
LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, Ph., 76, r. des Rondeaux - PARIS

**Antialgique - Antithermique - Antigrippal**

# THERMALGINE

Quinine - Phénacétine - Caféine

COMPRIMÉS — SUPPOSITOIRES ADULTES ET ENFANTS



## THERMALGINE VITAMINÉE C

12 cgr. de Vitamine C. par comprimé dragéifié

Laboratoires **NEOTHERAP**, 83, Rue St-Charles — Paris-XV<sup>e</sup>



« **Clinique et radiologie de la Colonne vertébrale normale et pathologique** ». *Confrontation anatomo-pathologique*, par les Prof. G. SCHMORL et H. JUNGHANNS. *Traduction d'après la 3<sup>e</sup> édition allemande*, par le Dr J.L. WOLF FRIED. Un vol. in-4° de 264 pages avec 403 figures (1956) : 5.800 francs. G. DOIN et Cie Editeurs.

Voici l'édition française de l'ouvrage le plus important sur la colonne vertébrale. Cet ouvrage classique, fruit des travaux fondamentaux de SCHMORL de l'Institut de Dresde, a été publié pour la première fois en 1932. Pour les éditions de 1951 et 1953, le texte, complètement remanié par JUNGHANNS, s'est enrichi d'éléments nouveaux, résultat des recherches les plus récentes. Clinicien et radiologiste, JUNGHANNS a voulu réserver une place importante à la clinique et aux problèmes posés par l'expertise médico-légale et la traumatologie du travail, développer la notion de la pathologie de la fonction et esquisser les bases d'un radio-diagnostic fonctionnel.

L'ouvrage débute par une description du développement et de la structure normale de la colonne vertébrale. Les chapitres suivants traitent des anomalies et malformations congénitales des divers éléments du rachitisme et des altérations pathologiques infectieuses, toxiques, endocriniennes, tumorales et traumatiques. Un chapitre spécial est consacré aux lésions dégénératives et traumatiques du disque intervertébral et, notamment, à l'étude de la hernie discale. La spondylose déformante est l'objet d'une étude clinique, radiologique et anatomo-pathologique très poussée. Une iconographie très riche illustre les divers aspects des troubles de la statique rachidienne : déviations, glissements, ankyloses. Les aspects radio-cliniques de la spondylarthrite ankylosante sont exposés dans ce chapitre. Une bibliographie très nombreuse termine l'ouvrage.

Mais le plus grand intérêt de l'ouvrage réside dans l'illustration qui en fait un atlas précieux pour le radiologiste. De splendides images radiologiques sur le vivant sont confrontées avec des clichés de l'os isolé et des radio-photographies de coupes et des préparations anatomiques.

Le clinicien aussi bien que le spécialiste trouveront dans cet ouvrage, sous une forme maniable, la mise au point d'un sujet particulièrement complexe.



---

## In Memoriam

### D<sup>r</sup> S. C. Boulakia



C'est avec beaucoup de peine que nous avons appris le décès de notre confrère S. C. BOULAKIA.

Brillant élève du Lycée Carnot, il avait fait de solides études à la Faculté de Marseille et avait prolongé son séjour pour acquérir une spécialisation dans l'ophtalmologie.

Il fut rapidement apprécié comme ami, collègue, confrère et ophtalmologiste.

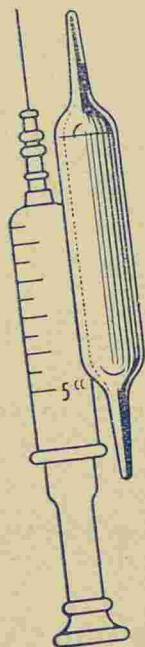
Il devait être parmi les premiers ophtalmologistes des hôpitaux.

La maladie, malheureusement, devait trop rapidement amenuiser ses possibilités et réduire son travail. Il ne consacrait pas moins une large partie de son temps à ses fidèles clients amis ou pauvres à qui il ne demandait rien.

C'était aussi un artiste et ses photographies d'art restent de bien belles réalisations.

A sa veuve, sœur de notre confrère D<sup>r</sup> GHOUILA-HOURI, à ses fils étudiants en pharmacie et en médecine, à sa fille et son gendre M<sup>e</sup> SORIA, à sa famille et en particulier à son beau-frère le D<sup>r</sup> G. DEBBASCH, nous présentons nos condoléances attristées et toute notre sympathie.

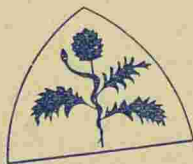
AZOTÉMIE  
SCLÉROSE  
OLIGURIES



*Métabolisme  
de l'azote  
du cholestérol  
et de l'eau*

# CHOPHYTOL

INJECTABLE



AMPOULES DE 5<sup>cc</sup>  
TOUTES VOIES  
DRAGÉES ET GOUTTES  
PER OS  
SUPPOSITOIRES  
SIMPLES et COMPOSÉS

*Remboursé par la Sécurité Sociale*

LABORATOIRES ROSA - II, RUE ROGER-BACON - PARIS



EDITIONS J. BARBEAU et C<sup>e</sup>

- UNE ASSOCIATION SYNERGIQUE
- PLUS ÉCONOMIQUE
- DE TOLÉRANCE MEILLEURE

COMPRIMÉS DE  
**TRISULFAZINE-TÉTACYCLINE**  
 FLACON DE 32 COMPRIMÉS



COMPOSITION	TRISULFAZINE.....	0,25 g
	TÉTACYCLINE (Chl. de) .....	0,0625 g
		pour un comprimé

\* Cette association vient d'être inscrite sur la liste des médicaments de prescription courante

Agents dépositaires pour la Tunisie :  
 Ets NOTE, 61, AVENUE GARROS - TUNIS

TUNISIE : Ets NOTE, 61, Av. Garros - TUNIS - Téléphone : 282.090

# TUNISIE MÉDICALE

## TABLE DES MATIÈRES

1956

---





## TABLE DES MATIÈRES

1956

	Pages
ALBUMINURIES ESSENTIELLES (Les enseignements de l'urographie intra-veineuse systématique dans le bilan des) . . . . .	955
ALBUMINURIES (Les) du jeune et leurs incidences médico-militaires . . . . .	13
ALLERGIE (A propos de l') — Quelques remarques sur son métabolisme hydro-carboné . . . . .	65
AMENORRHEES (Les) et leurs causes . . . . .	147
AMIBIASE INTESTINALE (Essais de traitement de l') par la Spiramycine . . . . .	433
AMNESIE (Traumatisme du crâne et) . . . . .	845
ANEMIE HEMOLYTIQUE chronique par autoanticorps (Anémie type Loutit) . . . . .	947
ANEVRISME AORTIQUE (Processus de destruction vertébrale par)	779
ANTIBIOTIQUES (Compte-rendu sur la résistance, toxicité, synergie et antagonisme des) . . . . .	799
ATHEROME (L') maladie de la civilisation . . . . .	687
AZOOSPERMIES (Les fausses) . . . . .	539
BIOLOGISTE (Le) et les bacilles alcoolo-acido-résistants dits « Para-tuberculeux » . . . . .	967
BOUILLAUD (Maladie de) à forme dysentérique . . . . .	81
CANCER de la grosse tubérosité (Considérations cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à propos d'une observation de)	329
CANCER du poumon (Trois aspects atypiques du) . . . . .	279
CARDIOPATHIE congénitale cyanogène (Trilogie de Fallot) — Infundibulectomie pulmonaire . . . . .	257
CAVITES CARDIAQUES (L'ouverture des) sous hypothermie — Etude expérimentale . . . . .	103
COLITES PARASITAIRES (Essai de traitement des) par les anti-histaminiques de synthèse . . . . .	275
COMMISSUROTOMIE (Nos trois premiers cas de) pour rétrécissement mitral . . . . .	97
DERMATITE de DUHRING à forme de pemphigus séborrhéique	245
DIABETE INSIPIDE (Sur un cas particulier de) . . . . .	289

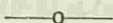


MENINGITE TUBERCULEUSE (Résultats du traitement de la) à l'hôpital Charles Nicolle depuis l'Isoniazide . . . . .	177
METACORTANDRACINE (Premiers résultats de la thérapeutique par la) . . . . .	85
MORT INEXPLIQUÉE (La) du fœtus in-utéro au voisinage du terme	507
NEPHROPATHIES gravidiques et éclampsies — Données pathogéniques et thérapeutiques . . . . .	621
NEPHROPATHIE palustre à syndrome néphrotique . . . . .	47
NEPHROSE lipopéidique (Syndrome de) au cours de la gestation ..	661
OSTEOPOECILIE familiale . . . . .	831
PEMPHIGUS foliacé . . . . .	241
PERICARDITE purulente à pneumocoque (Considérations cliniques et thérapeutiques sur un cas de) . . . . .	459
PIED DE MADURA . . . . .	321
PNEUMOMEDIASTIN (Le) pré-opératoire — Confrontation anatomique . . . . .	741
PRESENTATION des textes (Réflexions sur la) dans les publications médicales . . . . .	849
PROTHESE (Du nouveau dans la) . . . . .	73
PRURIGO nodulaire . . . . .	249
REACTION-SURPRISE à la suite de l'application d'une pommade antifongique à base de tétra-méthyl-thiuram . . . . .	187
SATURNISME (Le) en Tunisie — Enquête médico-sociale parmi les ouvriers d'une fonderie de plomb . . . . .	335
SPLENOMEGALIE : seule traduction clinique d'un cancer de la queue du pancréas — Intérêt de la splénoportographie . . . .	421
STERILITE CERVICALE . . . . .	523
TACHYCARDIE VENTRICULAIRE et pronœstyl . . . . .	393
TETANIE au cours d'un traitement par la cortisone chez un asthmatique . . . . .	449
TUBERCULOSE (Sur quatre cas de) du col de l'utérus . . . . .	575
TUBERCULOSE utérine (La) — (A propos de 48 observations) ..	551
VERRUE PLANTAIRE (Le traitement de la) par la radiothérapie	325



## TABLE DES AUTEURS

1956



Docteurs :	Pages
AYARI H. . . . .	421, 839.
BELLAÏCHE M. . . . .	257.
BENATT A. J. (Londres) . . . . .	799.
BENMUSSA S. . . . .	9, 85, 177, 329, 449, 453, 459, 749.
BENON R. (Saumur) . . . . .	295, 845.
BEN-OSMAN R. . . . .	459, 749.
BEN-SASSI M. . . . .	335.
BENZINA-BEN-CHEIKH T. (M <sup>me</sup> ) . . . . .	551.
BERRAFATO M. . . . .	575.
BONAN H. . . . .	393, 417, 433, 947.
BORSONI G. . . . .	393, 417, 433, 947.
BOUJNAH J. . . . .	741.
BRAMI R. . . . .	551.
CALO A. . . . .	687.
CHARRAD A. . . . .	333, 417.
CHATENIER L. . . . .	173, 453.
COHEN E. . . . .	903.
COHEN H. H. . . . .	257.
COHEN-HADRIA E. . . . .	187.
COHEN-JONATHAN A. . . . .	289.
COHEN M. . . . .	39, 65, 275, 967.
CORCOS A. . . . .	265, 429.
CORCOS S. (M <sup>me</sup> ) . . . . .	269.
CUÉNANT J. . . . .	735.
DAMÈLE A. . . . .	393, 417, 947.
DAOUD J. (M <sup>me</sup> ) . . . . .	329.
DEMIRLEAU J. . . . .	257, 329, 741.
DIACONO E. . . . .	823.
DIACONO G. . . . .	823, 947.
DIDIER R. . . . .	177, 459, 749.
DUPOUX R. . . . .	433.
FOUQUET L. . . . .	575.
GANEM R. . . . .	421.
GHILEB H. (M <sup>lle</sup> ) . . . . .	177, 459.

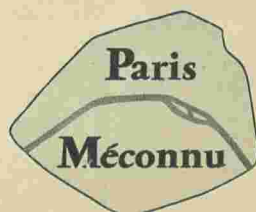
HAGÈGE A. . . . .	943.
HALFON S. . . . .	289.
KHALFAT A. . . . .	239, 241, 249, 253, 321.
KHIARI M. . . . .	191, 433.
KOSKAS R. . . . .	97, 103, 943.
KRIEF F. . . . .	459.
LADJIMI R. . . . .	143, 233, 239, 241, 245, 249, 253, 321.
LAKHOVA M. . . . .	233, 245.
LAURENTI J. (Min. Cap.) . . . . .	779, 831, 929, 955.
LEFEBVRE H. . . . .	279.
MARUANI F. . . . .	325.
MASBERNARD A. (Min. Cap.) . . . . .	13, 47, 929, 955.
MASSELOT F. . . . .	849.
MESTIRI S. . . . .	421, 839.
MINGUET J. . . . .	453.
MOKADDEM S. . . . .	145, 265.
NAHUM A. . . . .	81, 449.
NATAF A. . . . .	289.
PAVIOT J. J. . . . .	279.
PÉREZ C. . . . .	449.
PIÉTRI S. . . . .	97, 103, 943.
PIGEAUD F. (Prof. Lyon) . . . . .	507, 601, 621.
RENOUX G. . . . .	191.
SAADA L. . . . .	575.
SAMAMA M. (M <sup>lle</sup> ) . . . . .	177.
SCEMLA J. . . . .	503, 575, 661.
SEGUY J. (Paris) . . . . .	523, 539.
SIMON F. . . . .	73.
STA-M'RAD A. . . . .	265, 269.
TABBANE Ch. . . . .	429.
TEMAM H. (Min. Aux.) . . . . .	831, 955.
UZAN M. . . . .	39, 289.
VALENSI G. . . . .	147, 551.
ZAIMI A. . . . .	741, 967.
ZANA R. . . . .	177, 453.
ZÉRAH A. . . . .	335.
ZÉRAH Ch. . . . .	967.
ZIRAH P. . . . .	735.

IMPRIMERIE  
N. BASCONE & S. MUSCAT  
41, AVENUE DE LONDRES  
TUNIS





PHOTO FÉHER



Paris

Méconnu

## L'ÉGLISE SAINT-GERMAIN DE CHARONNE

Dans ce coin de Paris, les bruits de la ville n'arrivent qu'assourdis ; et dans ce village de vigneron que fût Charonne, notre époque se fait moins pressante et notre vie moins forcenée.

Sur une petite butte, le clocher carré de Saint-Germain, entouré d'un étroit cimetière, sonne depuis cinq siècles le même angélus pour les vivants et pour les morts.

Et le passé ressuscite très vite à l'ombre de cette vieille église que " Paris n'a pas encore recouverte de son impatience " et qui semble placée sous la garde fervente de gisants.

# MÉTHIOFOLINE

Médication  
Lipotrope  
Élargie

### *Syndromes Hépatiques*

Insuffisances Hépatiques  
Hépatites toxi-infectieuses  
Cirrhoses

•  
Anémies carenciales  
Dénutrition  
Syndromes Hémorragiques

•  
Hémorragies médicales  
et chirurgicales  
Débilité des prématurés  
et des nourrissons

Tubes de 20 comprimés

Granulé  
Boîtes de 100 grs

Boîtes de 8 Ampoules  
de 5 cc pour injections  
I. M.

REMERCIÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES ALBERT ROLLAND

4, Rue Platon

Paris-XV\*

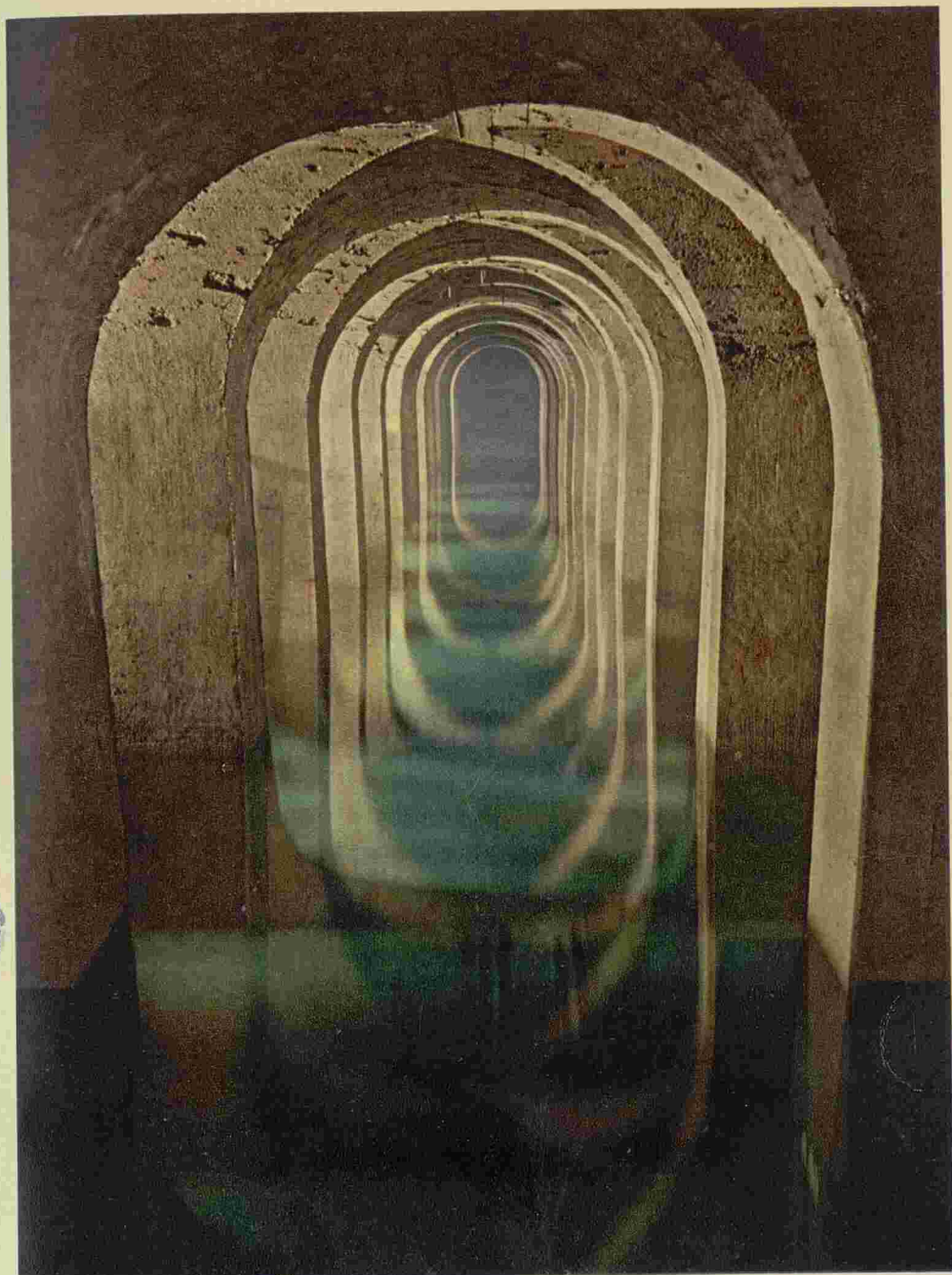


PHOTO J. CHAMOUX - ÉCLAT DE PARIS





Paris

Méconnu

## LE RÉSERVOIR DE MONTSOURIS

Du parc Montsouris à la place Denfert-Rochereau, à quelques mètres sous terre, s'étend un immense lac : la réserve d'eau des parisiens ; galeries, voûtes et piliers à perte de vue, et plus de 200 millions de litres d'eau en provenance de la Vanne, du Lunain, du Loing, de la Voulzie, du Dragon, du Durteuil... et même de la Seine.

Des truites y sont spécialement maintenues, dont la vigueur témoigne de la pureté de l'eau (*l'Administration dixit*). Vous dites que les truites vivent parfois très bien dans l'eau vaseuse ? Taisez-vous ! Vous êtes administrativement hérétique. Cette eau est bonne. A votre santé !

# HÉPATROL

BUYABLE

# HÉPATROL

INJECTABLE "A"

## Anti anémique et eutrophique

Richesse en vitamines du complexe B (B. 12 en particulier)  
Présence de l'acide folique  
Haute teneur en acides aminés essentiels

## Reconstituant de la cellule hépatique

par les diastases cellulaires  
par les principes antitoxiques

Anémies hypochromes : carentielles, toxi-infectieuses  
Anémie de Biermer  
Asthénies - Convalescences  
Troubles de la croissance  
Insuffisances hépatiques  
Hépatites - cirrhoses  
Intoxications chroniques (éthylisme)

### HÉPATROL BUYABLE

Boîte 6 ampoules 10 cc  
Coffret 18 ampoules 10 cc  
Boîte 8 ampoules 5 cc  
Boîte 12 ampoules 2 cc

### HÉPATROL INJECTABLE A

Boîte 6 ampoules 2 cc  
Boîte 12 ampoules 2 cc  
Boîte 6 ampoules 1 cc  
Boîte 12 ampoules 1 cc

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE  
ET LES COLLECTIVITÉS

LABORATOIRES ALBERT ROLLAND

4, Rue Platon

Paris XV<sup>e</sup>

1875. 1876. 1877.

1878. 1879. 1880.

1881. 1882. 1883. 1884.

1885. 1886. 1887. 1888.

1889. 1890. 1891.

1892. 1893. 1894.

1895. 1896. 1897.

1898. 1899. 1900.