

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A. FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture :

Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI.

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et D^r A. KHALFAT.

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne

Altitude : 400 m.

400 kilomètres de Paris

Voitures directes — Express thermaux Paris et Marseille

Aérodrome de Clermont - Aulnat

CHATEL-GUYON possède les eaux les plus riches du monde en chlorure de magnésium assimilable.

CHATEL-GUYON s'adresse aux affections de l'intestin, constipation, côlites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

La cure de **CHATEL-GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges.

Elle s'oppose à l'anaphylaxie et améliore l'état général.

CHATEL-GUYON combat 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, corrige l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire.

CHATEL-GUYON est la Station idéale de l'amibiase et des entéro-côlites coloniales.

CHATEL-GUYON toujours à l'avant-garde du progrès, ne cesse de moderniser et de perfectionner ses Etablissements et leur équipement. Il s'est ainsi placé au premier rang du Thermalisme Mondial.

Ses installations complémentaires inédites permettent de donner avec succès des soins gynécologiques, rhino-pharyngés, etc., et de traiter la cellulite.

SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

A domicile, boire : **CHATEL-GUYON** « GUBLER », eau de cure.

CHATEL-GUYON « LEGERE », eau de table.

Renseignements : Société des Eaux Minérales et des Etablissements Thermaux — Grands Thermes — **CHATEL GUYON**.



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de

TRONOTHANE

Marque Déposée



l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**

44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47-77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres - TUNIS

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

MINIUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

NOUVEAU PRODUIT

PLEXONAL

L'hypnotique qui réapprend à dormir

—o—

2 à 4 dragées le soir au coucher

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

—o—

Dépositaire Général :

O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

AFFECTIONS RHINOPHARYNGÉES

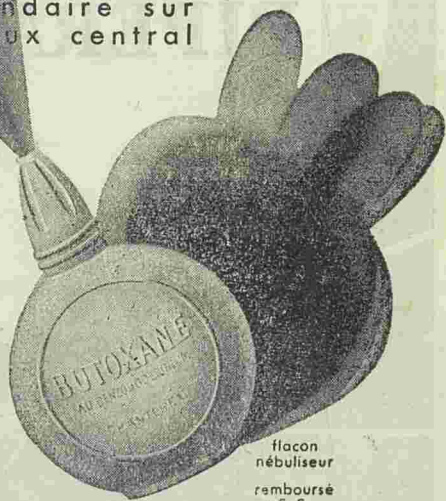
BUTOXANE

AU BENZODODECINIUM

VASO CONSTRICTEUR BACTERICIDE

sans action secondaire sur
le système nerveux central

Isobutoxy-2-aminopropane (Sulfate).....	1 g
Benzododecinium.....	0,05 g
Solution isotonique PH 7 aromatisée q.s.p.....	100 cm ³



flacon
nébuliseur
remboursé
S. S.

CHANTEREAU
INNOTHERA

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

oxyurose - ascaridiose

sirop de
PIPÉRAZINE MIDY

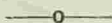
*Concentration maximum
Activité constante
Atoxicité*



LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM, PARIS-17°

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

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



A propos de 50 cas d'Hémorragie Rétro-Placentaire,

par Georges VALENSI (exposé fait à la Société Nationale de Médecine, le 5 janvier 1959) 15

Relations entre la Sténose Mitrale et la Comitialité, mal comital, commissurotomie, guérison,

par MM. PRODESCU, Gh. KOVER et A. DEMAYO (Bucarest, Roumanie) 45

Société de Médecine de Paris 50

Société Médicale de l'A.O.F. 53

Chronique de l'O.M.S. 55

Analogue Antithermique Antirhumatismal

ATODOL
VITAMINÉ **K** ET **PP**

LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN PARIS

La salicylotherapie bien tolérée

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



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais



traitem
NOUVEAU

COMPRIMÉS ANALGÉSQUES
CEPHYL



INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÉGLES DOULOUREUSES

ACTION IMMÉDIATE

Phénacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac. Acétyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P. H. R. - 38, RUE THOMASSIN - LYON - TÉL. GA 12-17

gomme à mâcher

A LA
TYROTHRICINE

pharmelar

LIEN

12 / 2430

Sarbach

DISTRIBUTEUR EXCLUSIF
CHATILLON-SUR-CHALARONNE (AIN)

S. C. BUATOIS
104 RUE BARABAN
LYON (3^e)

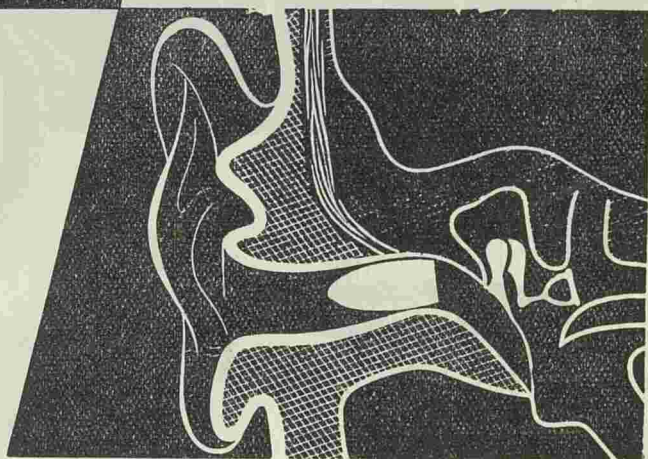
ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPBARMA — 4, Pas. d'Elbe (43, rue Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

OTOCONES

UNE NOUVELLE FORME
THERAPEUTIQUE
EN OTOLOGIE

CRÉÉE PAR LES

LABORATOIRES
CHIBRET



4
Avantages

- ACTION OPTIMA PAR CONTACT PROLONGÉ AVEC LES LÉSIONS
- DIFFUSION RETARD AU SEIN DE CES LÉSIONS
- FONTE RAPIDE ET RÉSORPTION TOTALE DE L'EXCIPIENT
- TOLÉRANCE PARFAITE

			TABLEAU	PRIX FRANCE	S.S.	A.M.G. COLLECTIVITÉS
OTOCONES AU BENZO-DODECINIUM	3‰	Oïtes chroniques Oïtes externes circonscrites ou diffuses		cl. 3	+	
OTOCONES AU CHLORAMPHÉNICOL STREPTOMYCINE (dihydro)	1‰	Oïtes chroniques avec écoulement purulent Oïtes externes	C	cl. 4	+	+
OTOCONES A L'HYDROCORTISONE	2‰	Oïtes catarrhales Eczémas et prur' de l'oreille	A	cl. 12	+	

TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS



HORMONES

DUVADILAN

C A A — 40

VASO-DILATATEUR DE SYNTHESE

VITAMINES

Artérites

Troubles Vasculaires des extrémités

Syndromes Coronariens

TONIQUES

Boîtes de 50 comprimés de 10 mg

Boîtes de 6 ampoules de 10 mg

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS . ST JACQUES . PARIS V^e . ODE 26 30

SOMMAIRE (2^{me} partie)

— 0 —

INFORMATIONS :

<i>Semaine Cardiologique Internationale de la Pitié (XII^e Session, du 30 avril au 7 mai 1959)</i>	57
<i>Fédération Internationale Pharmaceutique (XII^e Congrès International des Sciences Pharmaceutiques)</i>	58
<i>1^{er} Symposium International de Chimiothérapie anti-infectieuse et antimittotique (Genève 12-13 septembre 1959)</i>	59
<i>C.I.O.M.S. — Calendrier des Congrès Internationaux des Sciences Médicales pour l'année 1959</i>	61

TRAITEMENT
DES INFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES
par voie rectale

suppositoires de

bronchocilline

bronchocilline trisulfamide

bronchocilline eucalyptol camphre

dans
chaque formule
suppositoires
de 100.000 et 200.000 U.
boîtes de 6

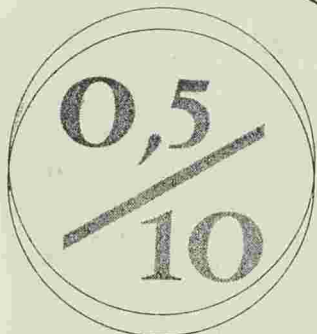
Sécurité Sociale
P. cl. 4 et 8, 5 et 9, 6 et 10



Laboratoire ROGER BELLON, Neuilly - Paris

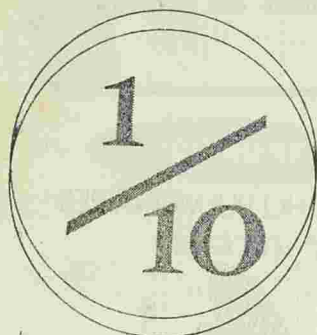
TUNISIE ; Ets H. BONAN et Cie - 34, Rue de Marseille - TUNIS

DIAMANT



l'amélioration attendue
dans l'antibiothérapie
journalière

DIHYDROSTREPTOMYCINE *Pantothénique*



BIPENICILLINE DIAMANT

PRÉSENTATION

Nécessaire pour injections intra-musculaires

2 dosages 1 g - 1.000.000 u
0,50 g - 1.000.000 u

Remboursé S.S.-A.M.G. P. Classe "4 et 5"

R. DRIET - N° 207 B

LABORATOIRES
DIAMANT

63, BOULEVARD HAUSSMANN
PARIS 8^e ANJ. 46-30

À propos de 50 cas d'hémorragie retro-placentaire

par Georges VALENSI (1)

Si nous nous sommes permis de présenter devant cette assemblée de médecins, étrangers pour la plupart à la discipline obstétricale, cette série de cinquante cas d'H. R. P. c'est qu'il s'agit d'une affection qui me paraît devoir les intéresser à plus d'un titre.

— En premier lieu, l'H. R. P. constitue, dans ses formes graves une redoutable complication de la puerpéralité, tuant parfois la mère et très souvent l'enfant, et cela dans des conditions telles, que malgré les progrès réalisés jusqu'ici en obstétrique, nous ne sommes en mesure ni de prévenir le mal, ni même dans certains cas de le guérir.

— Ensuite, l'H. R. P. que BAUDELLOCQUE nommait : « *l'hémorragie cachée* » nous cache encore bien des choses concernant ses causes et son mécanisme.

Pourtant, nos connaissances sur ce sujet ont grandement profité des plus récents progrès accomplis en physio-pathologie générale et cette affection longtemps considérée par les accoucheurs comme une manifestation de la pathologie obstétricale, tend à sortir de ces limites restreintes. On l'envisage de plus en plus sous une optique nouvelle : celle des hémorragies viscérales cataclysmiques et dans un contexte plus général où interviennent des faits de pathologie chimique, endocrinienne, vasculaire et nerveuse.

— Ajoutez à cela que le traitement de l'H. R. P. pose parfois des problèmes d'indications chirurgicales difficiles à résoudre, et vous comprendrez qu'une fois encore, l'obstétrique moderne nous apparaît comme un carrefour où convergent des découvertes affluant des grandes disciplines de notre science : Biologie, Médecine, Chirurgie.

TERMINOLOGIE

Après cette introduction justificative, et avant d'entrer dans le détail de notre communication, quelques mots de définition me semblent nécessaires. Et voici pourquoi :

Cette affection a porté et porte encore des noms bien différents qui demeurent comme des marques, jalonnant le chemin parcouru, depuis les premières descriptions de JACQUEMIN et de BRAXTON HICKS, jusqu'à celles des auteurs modernes et en particulier de l'École de COUVELAIRE.

(1) Exposé fait à la Société Nationale de Médecine, le 6 janvier 1959.

a) On l'appelait autrefois *H. accidentelle*, ce qui signifiait qu'elle était traumatique et aussi sans doute qu'elle survenait par accident, par hasard, sans qu'on s'en doutât, sans cause apparente. Vous verrez que cette notion d'imprévu est encore valable. Mais BARNES, le grand accoucheur londonien, remarquait déjà au siècle dernier qu'une telle dénomination était « abstraite et point du tout philosophique; toute hémorragie doit avoir une cause, aucune ne peut être nommée accidentelle ».

Malgré cette critique, et parce qu'en Angleterre les traditions sont éternelles, dans le pays de BARNES on a conservé le nom d'*hémorragie accidentelle*.

b) En France, BAUDELLOCQUE, clinicien de haute volée, a proposé une terminologie plus clinique : « *H. cachée* », disait-il pour la séparer de l'H. apparente, externe du placenta prævia.

c) Puis, pour mieux établir la distinction entre ces deux maladies, on a parlé de *décollement prématuré du placenta normalement inséré* (D.P.P.N.I.), nom que les accoucheurs américains utilisent encore volontiers.

On laissait entendre par là que le décollement était primitif et que l'hémorragie s'en suivait.

d) Or, on s'est par la suite rendu compte que le processus était inverse : c'est l'hémorragie primitive qui décolle secondairement le placenta et de plus celui-ci n'est pas toujours normalement inséré.

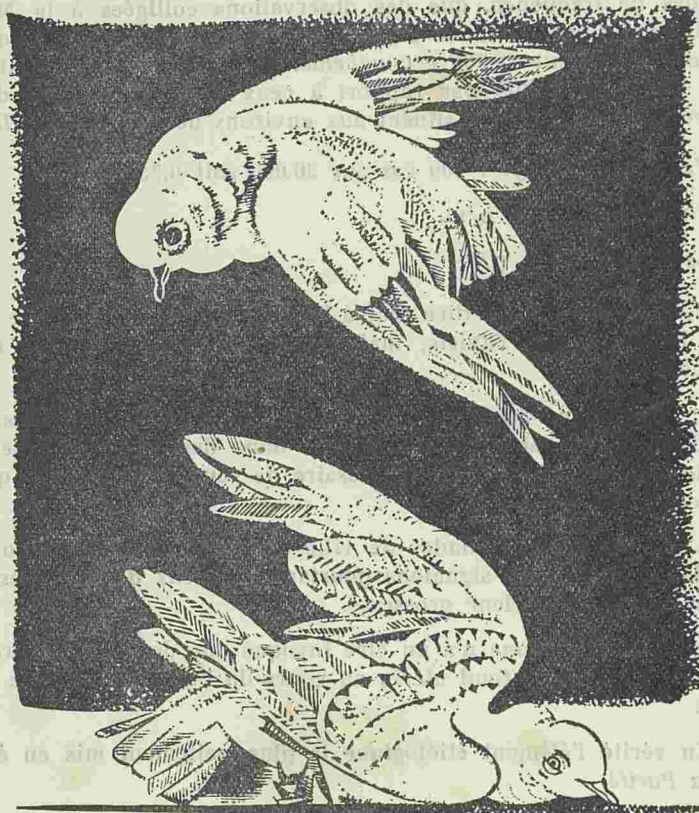
D'où le nom d'*hémorragie rétro-placentaire*, le plus communément employé en France à l'heure actuelle.

e) Cependant, ce terme a le défaut de supposer que l'hémorragie demeure toujours localisée à la zone inter-utéro-placentaire.

Or, les travaux de l'*Ecole de Couvelaire*, environ les années 30 de ce siècle, ont mis en évidence que dans un certain nombre de cas, les plus graves, l'hémorragie s'étendait à tout l'utérus, voire à tous les organes génitaux réalisant une véritable apoplexie. D'où le nom d'*Apoplexie utéro-placentaire* donné à cette affection un peu abusivement semble-t-il si l'on veut bien considérer que ces formes extensives ne sont pas constantes. Le nom d'apoplexie a tout de même la supériorité de mettre en évidence que l'*hémorragie rétro-placentaire*, même dans ses formes localisées, est une *affection générale* où interviennent par-dessus tout des phénomènes *vasculaires et nerveux*.

Gardons donc si vous le voulez bien le terme plus modeste d'H.R.P. qui correspond à des bases *anatomiques et cliniques indiscutables* malgré le mystère qui entoure encore sa *pathogénie* et l'indécision qui règne sur la *thérapeutique* qu'il appelle.

ALGIES NÉVRITIQUES



Naïodine Vitaminée B₁

FORTE

A INTRAMUSCULAIRE

125 mg



B INTRAVEINEUSE

25 mg

TUNISIE : O.S.P. — 10, Rue Amilcar — TUNIS

E T I O L O G I E

1. *Fréquence* :

Notre série de 50 cas a été recueillie tant à l'hôpital qu'en clientèle privée. Mais nous ne tiendrons compte, en ce qui concerne les statistiques de fréquence, que des observations colligées à la Maternité de l'Hôpital Charles-Nicolle entre les années 1951 et 1957, ce qui nous donne : 46 cas sur 18.700 accouchements. C'est un chiffre relativement élevé (2,5 pour mille) par rapport à ceux qui sont publiés dans les différents pays et qui se situent aux environs de 0,35 pour mille.

Vermelin (Nancy) : 100 cas sur 30.000 soit 0,33 p/m.

Chastrusse : 0,55 p/m.

Le Lorier : 0,31 p/m.

Nous essayerons de dire tout à l'heure les raisons de cette particulière fréquence en Tunisie, mais nous pouvons déjà faire ressortir l'influence des :

2. *Conditions ethniques et sociales* : Toutes nos malades d'hôpital, Tunisiennes, Musulmanes, étaient dans des conditions de misère physiologique qu'il n'est pas nécessaire de vous décrire parce que vous les connaissez tous.

3. Si les quatre malades de ville étaient de meilleures conditions sociales et physiques, signalons pourtant que deux d'entre elles étaient *hypertendues* avant leur grossesse.

4. *Le traumatisme* n'a pu être invoqué que dans un cas très net : coup de pied sur le fond utérin au cours du huitième mois de la grossesse.

En vérité l'élément étiologique le plus nettement mis en évidence est la *Parité*.

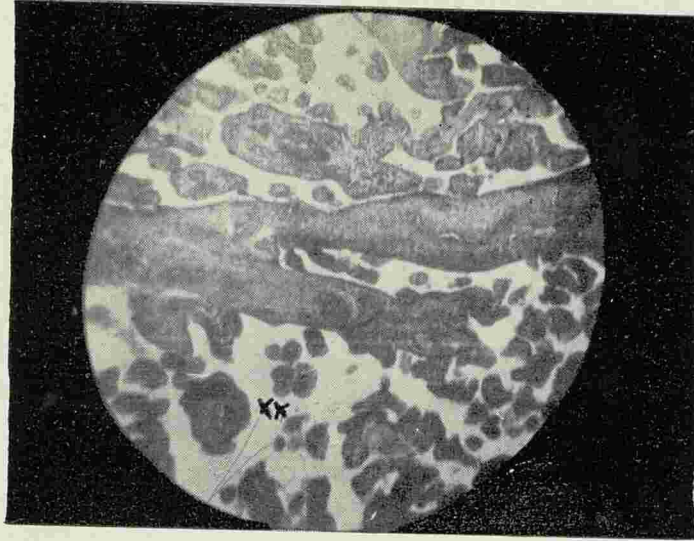
5. 47 *multipares* sur 50, soit 94 %, et généralement c'étaient de grandes multipares ayant au moins trois enfants et souvent près d'une dizaine de grossesses antérieures.

Notons que sur les *trois primipares*, dans deux cas, il s'agissait d'éclampsiques chez lesquelles l'H.R.P. fut découverte fortuitement après la délivrance, et le troisième cas était une forme mineure cliniquement silencieuse.

Cette notion se retrouve dans toutes les autres statistiques qui indiquent un taux de multipares se situant aux environs de 75 %.

Remarquons tout de suite que c'est l'inverse que l'on observe dans l'Eclampsie qui est une maladie de la primipare et que cette disparate mérite d'être soulignée puisqu'il est convenu, comme nous

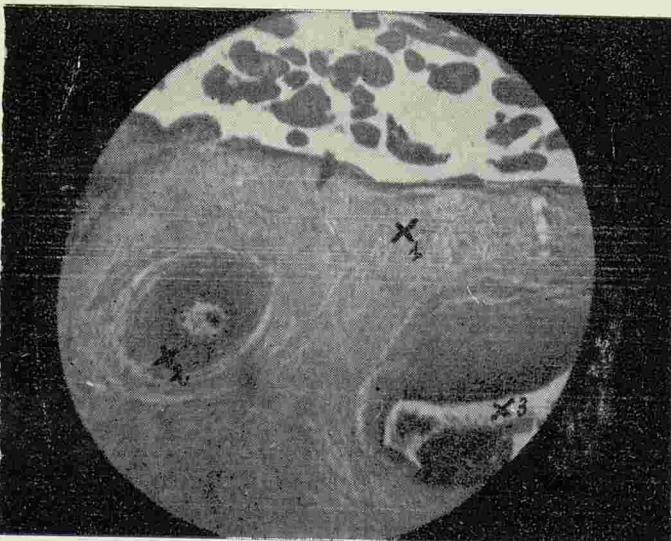
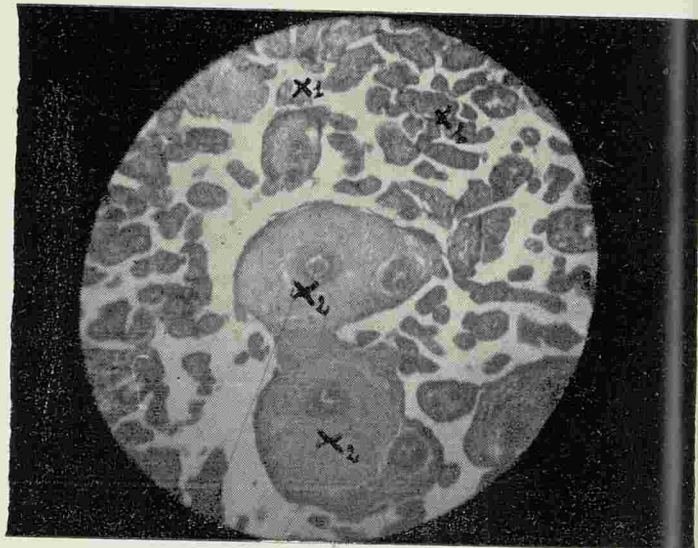
1875
1876



Fragments syncytiaux
détachés des villosités

1° Fragments syncytiaux,

2° Epaissements de la média avec suboblitération artérielle,



1° Hyalinisation.

2° Hypertrophie de la média,

3° Congestion vasculaire.

vous le dirons, de rattacher plus ou moins l'une et l'autre affection à un même mécanisme pathogénique, à une même entité nosologique, celle des *dysgravidies* du dernier tiers de la grossesse ou, comme on disait encore récemment, des *toxicoses gravidiques tardives*.

FORMES ANATOMIQUES

Les lésions anatomiques macroscopiques sont habituellement classées en deux catégories.

Celle où l'hématome est localisé à la région *inter-utéro-placentaire* et celle où l'hémorragie s'étend à l'utérus lui-même, c'est l'*apoplexie utéro-placentaire de Couvelaire*.

1. Apoplexie Utéro-Placentaire.

Parmi les cinquante observations que nous rapportons, un certain nombre d'entre elles présentent au point de vue *anatomique macroscopique* tous les caractères de l'*A.U.P.*

Nous en avons relevé vingt cas, soit 40 %.

Parmi eux, 18 étaient certains parce que constatés en cours d'intervention (16 fois) ou d'autopsie (2 fois).

Deux autres cas, terminés par la mort de la femme dans un état de choc gravissime avant toute intervention, étaient presque certainement aussi des *A.U.P.*

Dans l'ensemble, cette proportion de 40 % nous paraît très élevée si on la compare à celles des autres auteurs et cela tient sans doute au mode de recrutement de nos services où les femmes venant de très loin à la ronde nous sont conduites tardivement en extrême urgence. Ce qui fausse sans doute le taux de fréquence réel de *A.U.P.* par rapport aux formes localisées généralement moins graves.

Il faut dire aussi que ces apoplexies *U.P.* n'ont pas toutes revêtu, anatomiquement ni cliniquement, l'aspect dramatique des premières descriptions de *COUVELAIRE*.

En effet, si dans douze cas il y avait un véritable infarcissement de tout l'utérus et des annexes, le sang fusant à travers le péritoine dans la grande cavité abdominale, dans six cas il s'agissait de formes mineures, où l'on reconnaissait à part l'hématome inter-utéro-placentaire, des suffusions éparses dans l'épaisseur du muscle et séparées par du tissu apparemment sain, ou bien quelques pétechies sous péritonéales.

Enfin, signalons un cas très particulier dont nous n'avons pas retrouvé de description semblable dans la littérature où l'infarcissement intéressait tout le segment inférieur mais uniquement celui-ci, le corps utérin demeurant d'aspect normal.

**Pourquoi
le réveiller ?**

*la prise nocturne
par suppositoire
permet
de ne pas interrompre
son sommeil.*

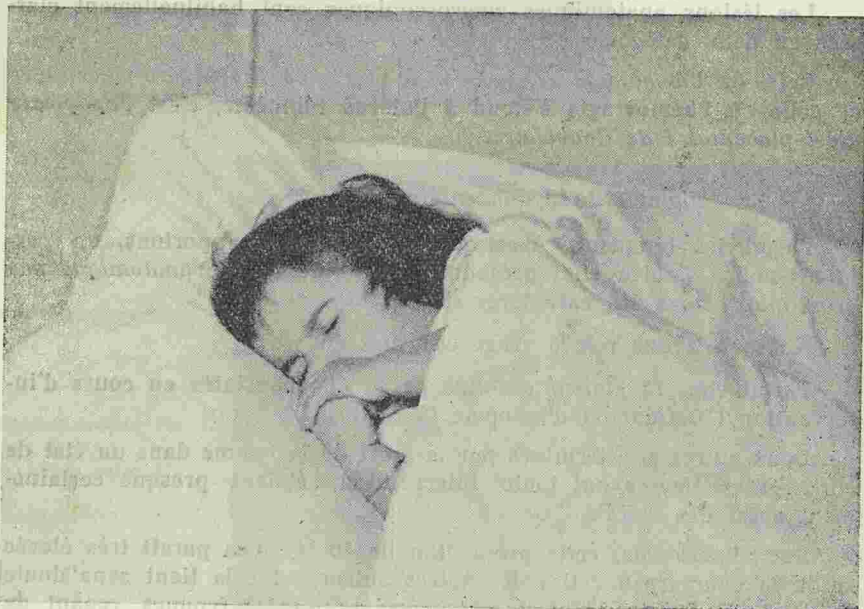


SCHÉMA DE TRAITEMENT

• JOUR : VOIE ORALE

- poudre orale aromatisée
- comprimés à 0,100 g
- suspension buvable.

20 à 40 mg par jour et par kg de poids, en trois prises (8 h-14 h-20 h).

VOIE RECTALE 1 à 3 suppositoires selon l'âge.

• NUIT : SUPPOSITOIRES

1 suppositoire vers minuit.

Terramycine
UNIQUE DÉPOSITAIRE EN FRANCE

Pfizer



Il s'agissait, nous le verrons, d'une forme cataclysmique qui tua la femme quelques heures après un accouchement normal, presque sans hémorragie. C'est en somme une forme d'apoplexie segmentaire tardive, sans H.R.P. véritable.

2. Formes probablement localisées.

Nous disons probablement, car dans aucune de ces formes nous n'avons pu vérifier directement l'utérus, les femmes ayant accouché par les voies naturelles, et ayant toutes guéri.

Cependant les caractères cliniques de l'affection semblaient correspondre à une forme localisée.

D'après l'importance du caillot inter-utéro-placentaire nous avons pu classer ces 30 cas (60 %) en 10 formes mineures : le caillot de petit volume ne fut découvert qu'après la délivrance, sans qu'aucun signe clinique n'ait fait penser à un H.R.P.

8 formes moyennes où le caillot pesait de 300 à 500 grs environ et

12 formes importantes où le caillot dépassait largement les 500 grs.

3. H.R.P. et Placenta-Prævia.

Enfin, pour terminer cette courte description anatomique, signalons que dans 3 cas le placenta était prævia : cette localisation n'est d'ailleurs pas exceptionnelle, elle est mentionnée dans une proposition plus fréquente dans la plupart des communications (33 % des cas dans le travail récent de VERMELIN).

Anatomie microscopique. Les conditions dans lesquelles nous avons longtemps travaillé ne nous ont pas permis jusqu'à ces derniers mois de pratiquer des examens histologiques systématiques des placentas et des utérus dans notre série d'observations.

Ce n'est que depuis peu, depuis l'installation à l'hôpital même d'un laboratoire d'Anatomie Pathologique que nous pouvons nous livrer à ce genre d'investigation.

Les pièces récemment examinées par notre confrère le Docteur ZÉRAH nous ont permis de retrouver les lésions habituellement décrites du placenta et de l'utérus.

L'H.R.P. n'est pas une maladie du placenta lui-même mais de la caduque maternelle à laquelle il se rattache.

Au niveau des cupules du placenta, déterminées par la pression du caillot, les vaisseaux sont en effet tassés et repoussés, mais non détruits comme le prouvent les injections vasculaires pratiquées sur ces placentas.

Il existe à ce niveau des *plages étendues d'hyalinisation* et au pourtour « une intense *congestion vasculaire* qui revêt, en certains points un aspect presque angiomateux » (VERMELIN).

Au niveau de la caduque elle-même on trouve :

- des zones de nécroses plus ou moins importantes,
- et surtout des *lésions vasculaires nombreuses* : *infiltrations leucocytaires peri-vasculaires* du type inflammatoire; *artériopathies* de degrés divers, allant jusqu'à l'oblitération de la lumière, jusqu'à la différenciation totale du vaisseau.

ISIDOR qui a bien décrit ces lésions histologiques des vaisseaux a fait remarquer leur ressemblance avec celles que l'on a pu réaliser expérimentalement par la greffe de la surrenale, ou injection de désocortisostérone.

A ces lésions placentaires se surajoutent celles de l'utérus que l'on n'a évidemment mises en évidence que dans les formes graves ayant entraîné soit une hystérectomie, soit la mort de la malade.

Il s'agit pour l'essentiel d'une distension considérable des capillaires dont beaucoup éclatent et réalisent un véritable *purpura* utérin. L'hémorragie ainsi produite dissout les fibres musculaires qui dégèrent rapidement et perdent leur aspect gravidique.

Ces lésions se retrouvent également dans les capillaires des grands viscères du fœtus, et COUVELAIRE a justement formulé les désordres anatomiques de l'A.U.P. en disant que « *le drame se passe dans les capillaires* ».

FORMES CLINIQUES

Nos observations n'ont pas toutes revêtu le même aspect clinique et nous avons noté des formes très diverses selon le nombre et l'intensité des symptômes.

1. *Les formes graves* où s'assoient tous les signes classiquement décrits furent de loin les plus nombreux : 26 cas sur 50, soit plus de la moitié.

Chez tous ces malades nous avons retrouvé le *début brutal et douloureux* sans signes prémonitoires et souvent accompagné d'une *hémorragie externe* d'importance variable.

La contracture ligneuse et permanente de l'utérus avec disparition des b. d. c. et surtout une altération rapide de l'état général.

Tableau de choc où se mêlent à la fois les manifestations d'une *hémorragie interne* et celle d'une intoxication profonde de l'organisme.

Dualité d'action
Diversité de présentations
Pluralité d'indications

Chéralène

(alimémazine - 6 549 R. P.)

antihistaminique - neurostatique

PRÉSENTATIONS

Boîte de 50 comprimés dosés à 10 mg d'alimémazine
Flacon de 150 cm³ de sirop dosé à 0,5 mg/cm³ d'alimémazine
Boîte de 5 ampoules dosées à 25 mg d'alimémazine

INDICATIONS

Affections prurigineuses
Asthme, accidents allergiques
Toux et dyspnées
Préparation à la bronchoscopie
Algies zostériennes, lombalgies
Maladie de Parkinson (adjuvant de l'Artane)
Insomnies, névroses légères
Dystonies neuro-végétatives

POSOLOGIE MOYENNE

Chez l'adulte : 1/2 à 2 comprimés, ou 1 à 6 cuillerées à soupe de sirop par jour.
Chez l'enfant : 1 à 6 cuillerées à café de sirop par jour.

**THÉRAPLIX**

98, rue de Sèvres - Paris 7^e - Tél. : SÉGuR 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

CASABLANCA : 103, Rue Dumont d'Urville

2. *Les formes mineures* furent relativement moins nombreuses .
14 cas.

Là, les signes généraux manquent, la douleur est inconstante (un tiers des cas) mais jamais la contracture ligneuse de l'utérus qui reste le maître symptôme de l'H.R.P. Ce signe lui-même ne se retrouve pas dans :

3. *Les formes asymptomatiques* où rien ne permet de soupçonner l'H. R.P. qui n'est découverte que fortuitement après examen du délivre après un accouchement en tous points normal.

Ces formes ne sont pas exceptionnelles : nous en avons observé 10, soit 1/5 des cas.

En vérité, moins que le nombre ou l'intensité des divers symptômes classiques, nous devons porter notre attention sur la coexistence de signes associés qui, par leur contexte, donnent à l'H.R.P. un caractère spécial.

Nous voulons insister en particulier sur les formes associées au syndrome de dysgravidie tardive et les formes avec fibrinogénémies.

4. *Les formes associées à la Dysgravidie.* Les relations de l'H.R.P. avec la dysgravidie du dernier tiers de la grossesse, bien que longtemps méconnues, n'ont été mises en relief qu'il y a une trentaine d'années. Elles sont maintenant universellement admises et sont prouvées par un grand nombre de faits cliniques :

a) L'H.R.P. ne se voit qu'en fin de grossesse, précisément à la période où se manifeste la dysgravidie tardive.

b) Elle est souvent précédée ou accompagnée de l'un ou l'autre signe attribué à la toxicose gravidique :

Albuminurie,

Hypertension,

Oedème.

C'est l'albumine qui est le plus fréquemment observée,

— puis l'hypertension;

— les oedèmes sont beaucoup plus rares.

Il faut cependant souligner que dans la plupart des cas le syndrome toxique précède de peu l'H.R.P., souvent de quelques heures, un ou deux jours au plus.

Enfin, dans quelques cas très rares, quelques crises convulsives du type éclamptique peuvent coexister avec l'accident hémorragique.

L'analyse de nos observations nous a permis de mettre en évidence ces différentes notions.

B₁²⁵⁰ B₁₂ (DRAGÉES)

DELAGRANGE

antalgique - neurotrophique - tonique

La bibliographie internationale comme
la pratique courante confirment la nécessité
d'administrer quotidiennement **per os**
un gramme de vitamine **B1** } soit:
mille gamma de vitamine **B12** }
4 dragées de B₁²⁵⁰ B₁₂ Delagrange

- syndromes douloureux
 - rhumatismaux
 - neurologiques
- complications nerveuses de l'alcoolisme
- asthénies

•
boîte de 24 dragées



B₁-B₁₂-1

39, Bd de LATOUR-MAUBOURG - PARIS 7^e

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

*insuffisances
digestives*

Festale



PRÉPARATION STABLE ET
STANDARDISÉE A BASE
D'ENZYMES PANCRÉATIQUES

PRÉSENTATION

Flacon de 30 dragées
Remboursé S.S.-P. Classe 3

POSOLOGIE 1 à 2 dragées, 3 fois par jour (sans croquer)

Laboratoires **SOMEDIA** DOCUMENTATION MÉDICALE
104, Boulevard Haussmann - PARIS 8^e



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

Dans 25 cas nous avons retrouvé au moins l'un de ces signes précités :

L'albumine fut constamment décelée dans ces 25 observations. Elle était d'importance variable : de quelques traces à 4 grs;

Les œdèmes cliniquement apparents n'ont été retrouvés que 2 fois.

Quant à l'*hypertension artérielle*, sa détection est parfois difficile, car l'hémorragie utérine, par son abondance, diminue habituellement la pression sanguine et les malades n'arrivant dans le service qu'après le début de l'hématome, on ne peut toujours savoir si celui-ci a été précédé ou non d'élévation de la tension artérielle.

Pourtant, dans 13 cas, elle fut indiscutable :

2 fois il s'agissait de femmes hypertendues avant la grossesse;

11 fois l'hypertension était au moins contemporaine de l'accident hémorragique.

Hypertension *diastolique et systolique* dans 5 cas et uniquement *distolique* dans 6 cas.

Quant à l'*éclampsie* nous ne l'avons retrouvée que dans 3 cas :

2 fois il s'agissait de primipares chez lesquelles l'éclampsie dominait le tableau clinique, l'hématome n'étant décelé qu'après la délivrance.

Une fois, il s'agissait de multipare présentant une forme gravissime rapidement mortelle de l'H.R.P. et les convulsions étaient minimes et pré-agoniques.

Tous ces faits indiscutables ne doivent pas pourtant nous faire admettre sans réserve les rapports entre H.R.P. et dysgravidie, car il est aussi important de remarquer que dans 22 cas nous n'avons retrouvé ni albumine, ni œdémie, ni hypertension.

Ces cas comprennent bien entendu les 10 formes asymptomatiques et 12 formes cliniquement sévères.

Cette discordance a été soulignée par de très nombreux auteurs et vient compliquer singulièrement les discussions pathogéniques. Elle ne permet donc pas d'affirmer absolument comme on l'a prétendu que l'H.R.P. est une des complications de la dysgravidie. Nous préciserons tout à l'heure avec plus de détails les éléments de ce problème complexe.

5. *Les formes associées à l'affibrinogénémie* sont des connaissances plus récentes. Ce sont elles qui confèrent à la maladie sa haute gravité et en modifient considérablement le pronostic.

Dans 10 observations sur 50, il s'est produit au cours de l'hémorragie R.P., ou après elle, un surcroît de l'écoulement de sang non coa-

gulable, soit localisé à la zone utérine de décollement placentaire, soit à la tranche de section de la césarienne ou de l'hystérectomie, voire même à la paroi abdominale incisée et parfois nous avons observé une hémorragie diffuse à distance : véritable syndrome hémorragipare avec gingivorragie, épistaxis, hémoptysie.

Pour apprécier justement les relations entre les deux états morbides, il est bon de rappeler que :

— Les deux premières observations, d'incoagulabilité sanguine signalée par DE LEE en 1901, étaient des cas mortels d'apoplexie utérine pare avec gingivorragie, épistaxis, hémoptysie.

— Lorsque DICKMAM, en 1936, a prouvé que cet état était dû à une absence de fibrinogène, les malades dont il parlait étaient atteintes d'hémorragies R.P.

— Depuis, toutes les communications concernant l'afibrinogénémie signalent l'H.R.P. comme la cause de loin la plus fréquente. Nous-même dans la thèse de PÉREZ, en 1957, nous avons retrouvé 5 H.R.P. sur 13 afibrinogénémies étudiées alors.

Nous verrons à propos de la pathogénie de l'H.R.P. qu'il y a dans les rapports entre ces deux affections plus qu'une coïncidence et que le mécanisme de production de l'une peut en partie expliquer celui de l'autre.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Une fois l'hématome constitué, comment retentit-il sur la grossesse ? Comment évolue la maladie ?

Tout peut se voir, depuis la guérison rapide jusqu'à la mort de la femme et de l'enfant.

Il faut pourtant distinguer nettement le *Pronostic fœtal* du *Pronostic maternel*.

Le Pronostic Fœtal.

Le pronostic fœtal est des plus sombres. Si nous mettons à part les formes asymptomatiques où l'hématome très peu abondant permet généralement la survie fœtale, dans les autres cas la mort du fœtus se produit rapidement et la disparition des bruits du cœur est un des signes habituels de l'H.R.P.

Sur 40 formes cliniquement apparentes tous les fœtus sont morts, sauf un; il s'agissait de cette forme exceptionnelle d'apoplexie segmentaire où l'accident, survenu quelques heures après l'accouchement, n'a donc pu empêcher la naissance d'un enfant vivant.

AÉROCID

1 Cachet matin et soir ou 2 Comprimés

Aérophagie - Aérocolie - Hypotonie
gastro-intestinale - Insuffisance
hépatique

AQUINTOL

Gouttes * Suppositoires * Sirop

Adénopathies trachéo-bronchiques
Toux spasmodiques - Coqueluche
SÉDATIF ANALGÉSIQUE

OPOCÉRÈS

SIMPLE OU VITAMINÉ

Dragées à croquer * Ampoules buvables

Asthénies physiques, psychiques ou
intellectuelles - Alcalose
RECONSTITUANT - DYNAMISANT
PONDÉRATEUR du Ph. humoral

ASSOCIATION PHYTO-HORMONALE SÉDATIVE ASSOCIÉE
ACTIVE PAR VOIE BUCCALE

HEMORAME

A L'ANHYDROXYPROGESTÉRONE

Cachets : 2 à 4 par jour

Comprimés : 4 à 8 par 24 heures

NOUVEAU RÉGULATEUR

DU FLUX MENSTRUEL

LABORATOIRES DE L'AÉROCID - 248 bis, rue G.-Péri - CACHAN (Seine)

ULCÈRES GASTRIQUES
MALADIE DE PARKINSON
ASTHME

BIEN TOLÉRÉ · EFFICACE · TRÈS MANIABLE

NOUVEL ANTISPASMODIQUE

ROXYTROPYL

4 à 8 comprimés par jour
Boite de 50 comprimés P. C. L. 3



LABORATOIRES ROQUES, 36, rue Ste-CROIX-de-la-BRETONNERIE, PARIS IV^e - ARC 52-78
Remboursé S. S.



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 BARBITURATÉ DE SODIUM

SOLUBILITÉ
INSTANTANÉE
LIMPIDITÉ
PARFAITE



Le Pronostic Maternel.

Le pronostic maternel n'est pas toujours aussi catastrophique.

1. Il est bien entendu excellent dans tous les cas asymptomatiques.

2. Toutes les formes moyennes, celles où l'hémorragie n'est pas considérable, où les signes toxiques n'existent pas, ont guéri plus ou moins rapidement.

3. Dans les formes graves nous avons eu hélas à déplorer un assez grand nombre de décès :

12 femmes sont mortes, ce qui représente 24 % de l'ensemble des 50 observations et 33 % si on les rapporte seulement aux formes cliniquement apparentes.

Il apparaît donc en première analyse que l'H.R.P. demeure une des complications obstétricales les plus meurtrières au même titre que l'Eclampsie ou les Ruptures utérines.

Nous verrons pourtant que cette impression doit être corrigée à la lumière des chiffres plus récents de 1958 qui n'entrent pas dans les limites chronologiques de cette communication.

De quoi meurent ces femmes ?

A. *Les unes d'hémorragie.*

— Parfois l'hémorragie fut si rapidement abondante que nous n'avons même pas eu le temps d'intervenir ou que l'intervention n'a pu être poursuivie, la femme mourant sur la table d'opération.

— D'autres fois, l'hémorragie jusque-là bien tolérée a permis l'accélération de l'accouchement, puis la délivrance rapide, mais les femmes sont mortes d'hémorragies secondaires cataclysmiques rebelles gravissimes de sang coagulable, malgré des transfusions massives.

— Enfin, d'autres ont succombé à des hémorragies rebelles irrémédiables.

Certaines d'entre elles auraient sans doute pu guérir. Nous voulons surtout parler des cas observés au début de notre série, quand l'afibrinogénémie était encore peu connue et que nous ne disposions pas de moyens efficaces de la juguler.

— Mais il en est d'autres où il existait un syndrome hémorragipare à évolution foudroyante contre lesquels rien ne put agir, pas même le fibrinogène. Des observations de ce genre ont été récemment rapportées par divers auteurs.

B. Dans quelques observations enfin, la mort est survenue dans un tableau de coma toxique.

L'accouchement terminé dans les meilleures conditions de temps et de technique, l'anémie combattue efficacement, il persiste un état toxique difficilement analysable mais irréversible.

Ce sombre tableau ne doit pas pourtant vous laisser une impression de désespoir et vous verrez que si les femmes ne sont pas vues trop tardivement, si on dispose de tous les moyens pour les traiter, on parvient à améliorer très sensiblement cette affection. C'est ainsi qu'en 1958, sur 10 H.R.P. nous n'avons déploré aucun décès.

Mais avant de vous exposer les grandes lignes du traitement, il est indispensable de vous dire quelques mots de la *Pathogénie* dont une meilleure connaissance, malgré le mystère qui l'entoure encore, a permis les progrès thérapeutiques.

P A T H O G E N I E

Rappelons-nous l'évolution de la terminologie, et nous suivrons mieux celles des idées concernant le mécanisme de l'H.R.P.

1. *Hémorragie accidentelle*, a-t-on dit d'abord, et l'on pensait que le traumatisme externe ou interne, par traction d'un cordon court, était la cause du décollement prématuré du placenta.

En fait, le traumatisme intervient exceptionnellement et dans notre série nous n'avons observé qu'un cas très net, l'hématome s'est constitué peu après que la femme enceinte de huit mois ait reçu un coup de pied sur le fond utérin.

2. *Décollement prématuré du placenta normalement inséré* a-t-on dit ensuite, et l'on pensait qu'une *endométrite* pouvait produire avant ou pendant le travail un décollement au niveau d'une zone fragile aux vaisseaux friables, de l'insertion placentaire.

On s'est basé, pour étayer cette hypothèse, sur les nombreuses infiltrations leucocytaires péri-artérielles indiscutablement observées au microscope. On a même trouvé une fois du gonocoque dans le caduque malade ! (MASLOWSKI).

Cette endométrite, ou placentite, comme on a pu dire, admise par tous autrefois, personne n'y croit plus et c'est peut-être un excès inverse.

Il est vrai que les infiltrations leucocytaires ne sont pas forcément le signe d'une inflammation microbienne, mais pourquoi ne pas admettre que dans certains cas, précisément dans ceux où l'on ne retrouve aucune étiologie et en particulier aucun des signes de dysgravidie, une inflammation de la muqueuse ne puisse être la cause de H.R.P.

C'était encore il y a quelques années la thèse de METZGER à laquelle je le répète on n'accorde plus qu'un intérêt historique.

*Pour
tout déprimé,
tout surmené,
tout neurasthénique*



TOUJOURS ACTIVE
JAMAIS NOCIVE



NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS.

≡≡≡ MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE ; Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

3. On s'est alors orienté vers les *causes générales* et l'H.R.P. fut ainsi rattachée à ce que l'on appelait alors la *toxémie gravidique* : elle en serait une des complications aiguës au même titre que l'Eclampsie.

Les rapprochements cliniques et anatomiques que nous avons déjà signalés, entre les deux états semblaient suffisamment significatifs, et BRINDEAU a pu écrire que l'H.R.P. était une « complication d'une intoxication hémorragique comparable au poison éclamptique ».

Pourtant, certains faits ne cadrent pas avec cette conception et obligent à certaines réserves. C'est ainsi par exemple :

a) l'Eclampsie est une maladie de la primipare alors que l'H.R.P. survient essentiellement chez les multipares;

b) Si on retrouve des états pré-éclamptiques dans un certain nombre de cas d'H.R.P., dans un plus grand nombre ils n'existent pas;

c) Comment expliquer que la coexistence Eclampsie H.R.P. soit si rare si les deux états relevaient de la même pathogénie ?

d) Et surtout comment expliquer qu'une prophylaxie bien conduite permet d'éviter l'Eclampsie alors qu'elle ne prévient généralement pas l'H.R.P. ?

4. *Le choc d'intolérance.*

Cette discordance indiscutable a conduit à la recherche d'une pathogénie propre à l'H.R.P. et différente de celle de l'Eclampsie.

C'est alors que l'étude de la pathogénie de l'H.R.P. a profité d'un certain nombre de travaux de pathologie expérimentale réalisés par REILLY et ses élèves d'un côté, GRÉGOIRE et COUVELAIRE de l'autre.

a) Je ne vous rappellerai pas les recherches de REILLY sur le rôle du système nerveux et en particulier du sympathique dans le processus d'infection et d'immunité.

On en parle beaucoup et plus souvent dans la pratique on les néglige.

Je vous dirai seulement qu'au cours de ses expériences d'irritation du splanchnique, REILLY avait observé entre autres lésions viscérales des suffusions sanguines *utérines*.

b) LAPORTE et PHAM, en 1935, reprenant ces expériences, ont déclenché sur l'animal gravide, cobaye ou lapine, de véritables apoplexies utérines par irritation du sympathique avec des substances toxiques diverses (SO⁴Ni, Nitrate de Co. Acétate de Pb) et ces lésions apparaissent plus souvent quand l'animal gravide a été préalablement sensibilisé par divers antigènes (sérum humain ou équin).

c) Peu de temps avant (1933), GRÉGOIRE et COUVELAIRE, cherchant à déterminer expérimentalement la *Pancréatite hémorragique*, obser-

vaient sous l'effet de toxiques divers, in situ, après injection préparante (in situ également) de véritables infarctissements tubo-ovariens, comparables à ceux que réalise l'apoplexie utéro-placentaire.

De tous ces travaux est née l'idée que cette affection est une *réaction locale d'un choc d'intolérance liée* :

- à la *gravidité d'une part*;
- à l'*irritation du sympathique d'autre part*.

L'explication est d'autant plus satisfaisante que l'on sait depuis PORTIER et RICHEL que « la première conséquence de la réaction d'intolérance est la dilatation considérable des capillaires abdominaux » avec, ajoutait LUMIÈRE, « de nombreuses hémorragies péri-vasculaires ».

Restait à déterminer la cause de ce choc d'intolérance lui-même.

Les uns ont incriminé :

— les *albumines étrangères à la mère*, d'origine ovulaire ou fœtale, pénétrant dans la circulation maternelle à l'occasion de ruptures vasculo-villositaires dont BRINDEAU a prouvé histologiquement la réalité.

D'autres ont invoqué l'action de diverses hormones ou de produits de leur métabolisme et l'on a incriminé entre autres :

- les *Gonadotrophines* en excès chorioniques ou hypophysaires;
- les *Œstrogènes* : ROBEY et SIMONNET ont reproduit expérimentalement chez la rate blanche gravide des A.U.P. en injectant des fortes doses de *Di etyl-Stilbestrol*;
- l'*extrait postérieur d'hypophyse* (LÉVY SOLAL et GRASSET),
- la *meno-toxique* de SCHMIDT, cet enzyme proteolytique à action nécrosante et thrombosante sécrétée par la caduque utérine.

Quel que soit l'agent préparant ou déchainant le choc d'intolérance, il demeure que l'effet local est une *vaso-dilatation capillaire intense*, cause de l'hémorragie.

Action mécanique.

Cette vaso-dilatation ne peut-elle pas se produire en dehors du choc d'intolérance par une action mécanique ?

Expérimentalement, divers auteurs ont produit des H.R.P. ou des A.U.P. par simple action mécanique, en liant les vaisseaux utérins, ou la veine cave, au-dessous des veines rénales, et VERMELIN, dans un travail tout récent, en a publié des exemples significatifs.

Le difficile était de transposer ces résultats obtenus sur lapines ou cobayes gravides, à la femme enceinte.

RHUMATISME



PÉNÉTRATION RAPIDE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT

Tolérance parfaite

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE - PARIS 8^e

Plusieurs frictions
par jour

Tube de 40 g

MAROC : P. PELISSARD, 16, rue Dumont-
d'Urville, CASABLANCA

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, rue Ampère,
ALGER

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

MARVEYX

Liveroïl

SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

A B₁ B₂ B₆ D₂

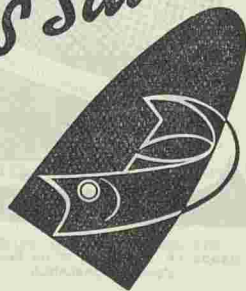
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LABES CHAMBON - PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON - PARIS

APPETIT

↑
rend le bonneur

à tout âge de la Vie
en toutes saisons



Chez elle, les vaisseaux caves ne sont jamais comprimés, ni les gros vaisseaux utérins, par l'utérus gravide.

Quel trouble circulatoire pourrait donc expliquer la vaso-dilatation ?

1. Les artériopathies du placenta et de la caduque peuvent dans une certaine mesure en être la cause, en déterminant des zones d'*ischémie utéro-placentaire* plus ou moins étendues.

Mais il s'agit là d'un processus lent, progressif, et qui n'explique pas la brutalité d'apparition de H.R.P.

2. Des « à-coup hypertensifs » survenant sur ce fond d'ischémie peuvent plus logiquement produire les ruptures de ces artérioles ou capillaires fragiles (2) et déclencher soit l'H.R.P., soit l'A.U.R.

Or, il se trouve précisément que parmi les conditions étiologiques fréquemment observées, on retrouve :

- soit une hypertension artérielle antérieure à la grossesse;
- soit une hypertension liée à la dysgravidie tardive.

Celle-ci peut précéder de quelques jours l'accident hémorragique. Elle peut être transitoire et donc difficilement décelable. On peut encore imaginer qu'au début elle n'intéresse qu'un seul viscère et ne peut être mise en évidence avant l'H.R.P. qui se produit au premier « à-coup » hypertensif.

3. Une fois l'hématome constitué, l'organisme réagit plus ou moins fortement.

Parfois la réaction est localisée à la zone utéro-placentaire; elle limite les lésions à l'*hématome retro-placentaire*.

D'autres fois elle est plus importante, soit parce que la femme est sensibilisée, soit à cause de l'importance de l'hématome lui-même. Il se produit alors par irritation sympathique une série de *réactions en chaîne* : c'est le drame cataclysmique du choc d'intolérance, aboutissant à l'apoplexie utéro-placentaire.

4. Ajoutons à cela que ces phénomènes se produisent dans un organe particulièrement riche en thromboplastine, et la décharge de cette substance peut être telle, qu'elle aboutit à une hypo ou afibrogénémie.

En résumé : « A-coup » *hypertensif* ou *choc d'intolérance* constituent l'un et l'autre une explication pathogénique très plausible.

(2) Signalons que cette fragilité a été mise en évidence par l'étude de la résistance capillaire qui a été trouvée diminuée dans l'H.R.P. Certains ont même attribué à cette diminution de la R.C. le rôle essentiel dans le mécanisme de l'H.R.P.

L'un et l'autre ne s'excluent d'ailleurs pas et pour les faire cadrer tous les deux avec l'ensemble des caractères de l'H.R.P. nous rappellerons certaines des données anatomiques et étiologiques que nous avons signalées plus haut.

1. *Au point de vue anatomique* nous insisterons particulièrement sur les artériopathies de la caduque et des villosités.

On les a rapprochées de celles que LERICHE déterminait expérimentalement chez l'animal par la greffe de la surrénale, ou encore celles que d'autres auteurs ont obtenu par injections répétées de corticostéroïdes.

Il s'agit, semble-t-il, d'artériopathies réactionnelles liées à une surcharge de corticoïdes et on a pu parler à leur propos de manifestations anatomiques d'une *Maladie d'Adaptation*.

Or, il se trouve que parmi les modifications biochimiques observées dans les états pré-gravidiques, on trouve des sécrétions exagérées de substances corticoïdes, susceptibles par ailleurs d'expliquer la genèse des hypertensions artérielles transitoires ou permanentes.

2. *Au point de vue étiologique*, on ne saurait insister assez sur l'importance de la *multiparité* et de l'*âge* de la plupart de nos malades qui sont le plus souvent épuisées physiquement et dont le système vasculaire est déjà atteint par la sclérose (hypertension artérielle).

Sensibilisées par les grossesses antérieures, susceptibles, à cause de leur état physiologique, de réactions vives et dérégées de leur système nerveux, elles risquent plus que d'autres d'être à la merci d'un choc d'intolérance.

Maladie d'adaptation ? On devrait plutôt dire d'inadaptation physique, psychique et sociale et nous ne saurions mieux exprimer la réalité qu'en rapportant les termes mêmes qu'employait BARNES en 1886 :

« Cette séparation prématurée du placenta est rare chez les femmes jeunes et robustes... Elle est commune surtout chez les femmes qui ont dépassé 35 ans, qui ont eu beaucoup d'enfants, dont la constitution est usée par la maladie et par la pauvreté, par l'intempérance, dont les tissus sont mal nourris, atones et tendant à l'atrophie ou à la dégénérescence. »

Quelle admirable notation clinique qui, malgré son ancienneté, son empirisme, garde une valeur de vérité durable que les progrès scientifiques n'ont pu que confirmer.

T R A I T E M E N T

La conclusion thérapeutique que l'on peut tirer de ces diverses tentatives d'explication pathogéniques est que, en tout état de cause, l'H. R.P. n'est pas une maladie locale, mais l'effet localisé de troubles généraux liés à la gravidité.

Le traitement rationnel doit donc être à la fois local et général, mais selon les types cliniques, c'est à l'un ou l'autre mode thérapeutique que l'on donnera plus d'importance.

FORMES MOYENNES

Dans ces cas où les signes locaux dominent la scène, c'est évidemment le traitement local obstétrical qui doit prédominer.

Le but est d'arrêter l'hémorragie

et le moyen : *accélérer l'accouchement*, car une fois la délivrance terminée, tout rentre dans l'ordre.

C'est le plus vieux principe de traitement de l'H.R.P. qui demeure encore valable, si toutefois son application ne comporte aucun danger pour la mère.

La rupture de la poche des eaux,

Le forceps à dilatation complète si l'expulsion ne se fait pas rapidement, sont les méthodes les plus communément utilisées par les accoucheurs.

Proscrire toute dilatation forcée, incision du col ou manœuvre intro-utérines doivent être considérées comme des règles d'or si l'on veut éviter d'aggraver une situation qui ne l'est pas.

Il est préférable, si le travail tarde à se déclencher, ou ne progresse pas, de pratiquer une césarienne, même pour retirer un enfant mort, plutôt que de risquer une rupture utérine par des manœuvres intempêtes ou dangereuses.

Certains sont même allés jusqu'à préconiser une césarienne systématique très précoce pour tâcher de sauver l'enfant s'il n'est déjà mort. Nous n'avons pas eu la possibilité de la pratiquer dans ces conditions et MAHON, de Bordeaux, a mis en doute la valeur et l'efficacité d'une telle pratique.

En fait, chaque fois que nous avons pu terminer l'accouchement par les voies naturelles, les femmes ont rapidement guéri.

Dans ces formes moyennes, le *traitement général* n'est qu'un traitement d'appoint consistant en transfusion sanguine si le degré d'anémie de la femme l'exige.

FORMES GRAVES

Dans ces cas, au contraire, le traitement général est constamment indiqué et comporte outre les petits moyens traditionnels, la *transfusion sanguine*, la détoxication (en particulier, par le SO_4Mg intraveineux), auxquels on peut ajouter l'un ou l'autre des remèdes préconisés par les divers auteurs : c'est ainsi que si les

Antihistaminiques

et la *cortisone injectable* paraissent les plus efficaces,

la valeur des *Vitamines E et C de l'Esculoside* est plus discutée.

Quant au traitement local obstétrical, il a été et est encore, très discuté.

Les thèses varient entre les deux extrêmes :

1. les *interventionnistes systématiques* préconisant la césarienne d'emblée ; ce qui permet, outre l'évacuation rapide de l'utérus, de se rendre compte de son état anatomique et de décider de la nécessité ou non de terminer par une hystérectomie.

Il faut dire que si « l'hystérectomie en bloc » proposée autrefois par COUVELAIRE et abandonnée peu après par lui-même, n'a plus de défenseurs, l'idée de l'intervention systématique paraît assez rationnelle à la condition :

— de ne la réserver qu'aux cas vraiment graves;

— de ne pas se presser d'enlever un utérus apoplectique : nous avons, après bien des auteurs, souvent laissé en place des organes paraissant compromis et les femmes ont guéri et pu accoucher ultérieurement sans complication.

2. Les *abentionnistes*, qui refusent d'ajouter au choc de la maladie celui de l'intervention et ont obtenu effectivement des résultats impressionnants par le seul traitement général méthodiquement conduit et surveillé. Pour nous, nous nous rangeons du côté

3. des *éclectiques* et sans esprit de système, nous instituons le traitement général d'abord.

Mais nous intervenons chaque fois que nous n'observons pas d'amélioration rapide, et cela d'autant plus que la femme n'entre pas en travail ou que son travail reste stationnaire.

Nous attribuons une grande valeur thérapeutique à la *Cortisone injectable*, qui est peut-être un traitement pathogénique valable, mais qui,

**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.

Cas douloureux : 100 à 300 gouttes

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

PRODUITS BONTHOUX

VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)

plus sûrement, a un rôle anti-choc très notable, et permet aussi sûrement de prévenir ou de guérir les afibrinogénémies secondaires (3).

Dans l'ensemble, si nous analysons nos résultats, en tenant compte du mode de terminaisons de l'accouchement, nous constatons :

1. Que sur 20 cas diagnostiqués où l'accouchement s'est terminé par les voies naturelles :

17 femmes ont guéri (dont une forme grave);

3 sont décédées : une après hémorragie foudroyante qui n'a pu être jugulée à temps; une autre après rupture utérine secondaire à une cranioclasie; la troisième est cette forme tardive d'apoplexie localisée au segment inférieur.

2. Sur les 12 césariennes, nous avons observé :

— 4 décès par afibrinogénémie;

— 1 par coma toxique;

— 1 par anémie aiguë, la femme ayant d'autant plus saigné que le placenta était marginal postérieur.

3. Enfin, sur 6 Hystérectomies :

3 décès : dont 2 afibrinogénémies et une femme opérée in-extremis et considérée à son admission comme irrécupérable.

CONCLUSION

Ces chiffres ne traduisent pas l'impression clinique dont on peut résumer les points essentiels :

1. les formes moyennes guérissent toutes;

2. les apoplexies utérines sont d'autant plus graves qu'elles sont vues tardivement, qu'elles s'accompagnent d'afibrinogénémies ou d'hémorragies foudroyantes suivant l'accouchement.

L'expectative seule, dans ce cas est dangereuse.

Il faut savoir se résigner à une intervention par voie haute dont le succès dépend de la rapidité de la décision;

3. les afibrinogénémies qui furent la cause du plus grand nombre de décès (4 sur 12) sont maintenant plus aisément guéries que l'on ait recours :

— à l'hystérectomie totale;

— au fibrinogène

— ou à la cortisone.

C'est ce qui nous a permis, comme nous l'avons dit plus haut, de guérir toutes nos 10 H.R.P. observées en 1958 et dont certaines étaient des formes des plus graves.

(3) Voir notre article sur les « Afibrinogénémies obstétricales » in « Tunisie Médicale » de Février 1957.

Relations entre la Sténose Mitrale et la Comitalité

Mal comital, commissuratomie, guérison

par MM. V. PRODESCU, Gh. KOVER et A. DEMAYO (Bucarest - Roumanie)

La littérature médicale rappelle très souvent le problème de l'épilepsie des cardiaques. On a beaucoup écrit sur ce sujet, mais il reste cependant un chapitre ouvert, surtout lorsqu'on exclut le syndrome de Stokes-Adam.

Dans le syndrome de Stokes-Adam, la perte de connaissance est réalisée par l'abaissement de la tension artérielle au-dessous de 70 mm. de Hg, comme dans l'hypotension orthostatique, le choc post-opératoire, etc...

Ces troubles circulatoires cérébraux n'ont rien de commun avec la comitalité, aussi ne faut-il pas y inclure les cas d'épilepsie proprement dite, coexistants avec une affection cardiaque.

Ceci amène à discuter les relations entre la comitalité et la sphère cardiaque.

Nous présentons le cas de la malade B.E., âgée de 25 ans, de Bucarest, hospitalisée à la clinique chirurgicale de l'Hôpital Brîncovenesc, pour une sténose mitrale, en vue d'une commissurotomie. Outre la symptomatologie de la sténose mitrale, la malade présente des crises comitiales typiques apparues brusquement depuis un an. Ces crises étaient fréquentes et n'étaient pas en rapport avec un syndrome d'Adam-Stokes, comme le montreront les examens cliniques et électrocardiographiques.

Pendant la période de préparation pré-opératoire, la malade fait 2 crises.

A son entrée on note : poids, 45 kg.; Taille, 162 cm.; téguments et muqueuses pâles; système musculo-adipeux peu développé.

Thorax de conformation normale.

A l'auscultation pulmonaire, murmure vésiculaire plus âpre que normalement.

L'orthodiagramme montre un profil cardiaque de sténose mitrale avec des diamètres à peu près normaux.

L'arc moyen gauche, est allongé, bombé avec abaissement du point G.

Avec les données ci-dessus et les autres investigations de rigueur, la malade est opérée au cours du mois d'octobre 1957. On lui fait une com-

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES



★ **Athérosclérose**

★ **Coronarite**

★ **Séquelles d'infarctus**

★ **Sénescence**

★ **Insuffisance cardiaque**

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ

(VITAMINE B₆)

flacons de 20 et 40 comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

missurolyse. On traite le choc pendant et après l'intervention. Après 3 ou 4 jours, la malade revient à un état quasi-normal ne nécessitant plus la réanimation avec air-oxygène et on ne lui donne plus que des tonicardiaques.

Les différents examens pré et post-opératoires ont donné les résultats suivants :

V. S. : 125-128, 1 mois après l'intervention.

Hémogramme : 3.850.000 G.R. avec 76 % d'Hémoglobine.

8.200 Leucocytes.

se maintenant à peu près à ces chiffres avant et après l'intervention.

Protéïnémie : 80 gr. par litre, 6 semaines après l'intervention (en légère augmentation par rapport aux chiffres pré-opératoires).

La résistivité plasmatique contrôlée, 2, 7, 14, et 30 jours après l'intervention a varié ainsi : 73,5 ohm cm³, 71,6, 71,6, 69,4, allant donc vers une légère concentration d'électrolytes. La volémie n'a pas présenté de grandes variations pendant les 2 premières semaines après l'intervention par rapport aux chiffres pré-opératoires. Cependant, un mois plus tard on trouve un abaissement du volume plasmatique.

La vitesse circulatoire, bras-poumon, l'épreuve à l'éther montrait un temps de 7 sec., comparativement à 9 sec. avant l'opération.

La spirométrie effectuée 6 semaines après l'opération montrait une *cap. vit.* de 2.400 cc. contre 2.600 avant l'opération et quand n'étaient pas présents des troubles notables de ventilation pulmonaire, étant présent à ce moment encore une gêne respiratoire, mais qui aux contrôles ultérieurs a été améliorée.

L'épreuve d'effort effectuée deux mois après l'opération montrait un retour des constantes en 4 minutes, donc mieux qu'avant l'opération.

Cinq semaines après l'opération, l'orthodiagramme montrait un cœur dans les limites normales, avec un léger allongement de l'arc du ventricule gauche, comparativement à celui d'avant l'opération.

L'Ecg montre le même allongement de l'onde T₁-T₂, qu'avant l'opération et le phonocardiographie ne relève plus le souffle présystolique, le diastolique étant, lui aussi, beaucoup raccourci.

La malade a été de nouveau contrôlée 14 mois après l'opération et on a trouvé certaines des constantes susdites améliorées, d'autres stationnaires.

Après commissurotomie, la malade n'a fait aucune crise comitiale, bien qu'elles étaient fréquentes auparavant. On peut se demander si cette comitiale s'était greffée sur un terrain « cérébral », la cardiopathie valvulaire n'apportant que l'élément circulatoire cérébral déficitaire,

qui a déclenché l'accès. Cette conception semble attrayante depuis le début, mais nous considérons que les phénomènes sont plus complexes et la diversité des interréactions entre les affections cardiovasculaires et l'épilepsie sont beaucoup plus grandes.

La majorité des auteurs considèrent que cette coexistence entre la comitialité et les cardiopathies est relativement rare. Cette observation semble être juste, surtout dans le cas où l'épilepsie apparaît entre 25-30 ans, parallèlement avec une sténose mitrale.

On sait que quelquefois l'épilepsie peut être fruste, pouvant être parfois confondue avec la syncope, fréquente chez les valvulaires.

On peut se demander également si dans ce cas ou dans d'autres cas semblables cliniquement, la lésion valvulaire est responsable de la comitialité. Il est certain que dans la discussion il ne faut pas oublier la possibilité d'une épilepsie post-embolique, typique mitrale. Celle-ci pourrait être due à des microembolies ou à des zones de ramollissement, réalisant des foyers épileptogènes, tel que l'a signalé récemment A. FORTIN.

Dans le cas présenté, cette possibilité échappe à nos moyens de contrôle et d'investigation. L'argument plaidant contre une telle cause micro-embolique avec séquelles est constitué par la disparition des crises, obtenue par commissurotomie.

D'après BAKER C.G. et FINUEGAN F.R. les manifestations épileptiques apparaissent tardivement, presque toujours après 20 ans.

Selon ces auteurs, la physiopathologie des accès est dominée par l'existence d'un foyer d'irritation secondaire à une lésion cérébrale, à la suite d'une embolie artérielle, les embolies dans la grande circulation étant trouvées dans la majorité des cas, dans les antécédents.

Rôle des facteurs vasculaires cérébraux. Les troubles vasculaires générateurs d'anoxie, fonctionnels ou organiques ont probablement un rôle principal dans le déclenchement des crises comitiales. Il convient de rappeler l'épilepsie rhumatismale, phénomène séquelle ou même phénomène évolutif d'une lésion vasculaire cérébrale rhumatismale.

Il faut signaler encore l'existence d'épilepsies réflexes, ayant comme point de départ une endo-artérite pulmonaire, que même le catatisme ne peut mettre en évidence. Notre malade aurait pu présenter cette éventualité aussi, mais ceci est difficile à démontrer et semble être plus fréquent dans les affections congénitales, où elle a été décrite.

Les troubles générateurs d'anoxie cérébrale ne déclenchent de manifestations comitiales que sur un cerveau prédisposé. Dans ce sens sont intéressantes les observations sur l'épilepsie dans les cardiopathies artérielles, où l'artériosclérose des vaisseaux cérébraux jouent un rôle important dans le mécanisme de l'hyposie.

On connaît les troubles anoxiques cérébraux épileptogènes au cours de l'infarctus du myocarde, engendrés par les troubles du rythme, par l'installation d'une bradycardie et plus rarement par des tachyrythmies qui peuvent se compliquer d'accès comitiaux parfois récidivants et qui disparaissent après la correction du rythme. Aussi, ce sont des troubles anoxiques cérébraux qui au cours de l'angine de poitrine déclenchent l'angor dit « épileptogène » ou « angor épileptocoronarien » et qui peuvent disparaître par radicotomie postérieure. A. GAUTHIER signale la forme pseudo-angineuse de l'épilepsie diagnostiquée par l'électro-encéphalographie.

C'est toujours par des troubles anoxiques et hypoxiques que s'explique l'apparition de crises comitiales au cours des cardiopathies congénitales : les convulsions anoxiques des cardiopathies congénitales à cyanose accentuée. Dans ces cas on a décrit l'amélioration et la guérison de la comitialité après l'intervention chirurgicale.

Ce qui a une grande importance pour l'explication des crises comitiales dans le cas décrit par nous, ce sont sans doute les foyers corticaux ischémiques avec l'apparition d'une encéphalopathie anoxique qui a mené à l'apparition des crises d'épilepsie.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAKER C.G., TINUEGAN T.R. : Brit. Heart Journ., 1957, n. 19, p. 159.
2. BESSMANN A.N. : Arch. Int. Med., 1952, n. 89, p. 893.
3. FORTIN Armand : L'Union Médicale du Canada, t. 87, n. 1, 1958, p. 28.
4. GAUTHIER A. : L'Union Médicale du Canada, t. 87, n. 9, 1958, p. 1043.
5. ILINA L. : Journ. nevropat i psihiatr., 1952, vol. III, n. 7, n. 20, Moscova.
6. KETY S.S., SCHMIDT C.F. : In, Chiv. Ijest, n. 27, 19, 476, 1948.
7. KETY S.S. : Triangle, 1957, vol. III, n. 2, p. 17.
8. KREINDLER A., VOICULESCU V., CRIEDEL E. : Epilepsia Congres National Medicina, n. 5, 11 mai 1957. Ed. Acad. R.P.R., 1957.
9. KATNETHSON F. : Journ. nevropat i psihiatr., 1952, vol., 52, n. 11, p. 35, Moscova.
10. MARINESCU Gh., KREINDLER A. : Ztschr. f. d. Ges. exp. Med., 1935, t. 36.
11. MARINESCU Gh., KREINDLER A. : Klin. Wochenschr., 1930, n. 47, p. 2204.
12. SCHEINBERG P. : Circulation 1950, n. 1, p. 1148.

Société de Médecine de Paris

—o—

SEANCE DU 30 JANVIER 1959

—o—

Docteur MILLOT : « L'hypercoagulabilité sanguine est-elle décelable en clinique humaine ? »

Docteur GOLDRACH : « Les vaginites à *Trichomonas* ».

Il a été fait une étude des vaginites à *Trichomonas* aux points de vues clinique et thérapeutique. Il s'agit d'une affection fréquente, souvent difficile à traiter.

La forme typique est caractérisée par une vaginite à pus caractéristique, contenant des bulles gazeuses et dans lequel l'examen microscopique met en évidence le parasite.

Il existe de nombreuses formes cliniques, avec Bartholinite — monosymptomatiques, atténuées inapparentes où le parasite semble être un saprophyte simple — douloureuses — hémorragiques — pseudo-cancéreuses — gravidiques — infantiles — post-ménopausiques, associées à une gonococcie, à une mycose.

La Trichomonase est une maladie uro-génitale et vénérienne. Chez l'homme, les symptômes sont souvent nuls.

Quand le traitement purement vaginal ne suffit pas à obtenir la guérison, il faut :

1° Chez la malade :

- détruire le parasite et la flore associée dans le vagin et les voies urinaires;
- traiter les foyers d'infection génitale;
- stimuler l'auto-défense du vagin;
- faire une vérification tardive des résultats.

2° Rechercher et traiter le ou les partenaires.

Les essais thérapeutiques utilisant la Trichomycine ont montré l'activité incontestable de ce produit.

Docteur CARRAUD : « Anite aiguë gonococcique et trichocéphalose rectale chez un sujet de 71 ans. »

Malgré plusieurs examens coprologiques négatifs, la rectoscopie a décelé des trichocéphales implantés dans le rectum, localisation déjà décrite, mais très rare et coïncidant généralement avec une infestation massive.

Une rectoscopie de contrôle, pratiquée huit jours après la première, a permis de vérifier l'efficacité du traitement antiparasitaire; mais l'anuscopie préalable (négative précédemment) révéla cette fois une anite aiguë dont la nature gonococcique fut confirmée par le laboratoire : forme cliniquement latente (sans trouble fonctionnel ano-rectal, mais notion de coït anal suspect 12 jours auparavant), souli-

gnant l'intérêt d'un examen ano-rectal, non seulement pour reconnaître une affection organique ou apprécier le résultat d'une thérapeutique, mais aussi pour dépister une gonococcie ano-rectale.

Docteur A. CORNIER.

La Séméiologie psycho-somatique cela consiste à ce que l'on examine chaque fois, aussi la personnalité du malade, en accordant à cet examen une valeur égale à celle accordée à l'examen du soma.

De cette façon l'on arrive à poser un diagnostic positif, constructif et non un diagnostic par élimination.

Jusqu'ici la médecine classique soignait le soma séparément et le « moral » séparément, la nouvelle conception de la médecine, « la psycho-somatique » considère l'homme malade en un tout bio-psychique dans lequel d'une façon univoque le psyché s'interpénètre, s'intrique ne fait qu'un avec le soma; sur le plan pathologique, cette inter-pénétration s'appelle : névrose ou psychose ou maladie somatique ou toutes mélangées et de ce fait l'on conclut à une indication ou contre-indication psychothérapique.

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^e)



PHARMEDY : 13 Rue J.-J. Rousseau — ALGER — (Algérie)
M. PELISSARD : 5, Boulevard de Londres — CASABLANCA — (Maroc)
SPECIMEDHY : 37 et 39, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

LA LYOPHILISATION,

*appliquée pour la première fois
à la glande hépatique*

RENOUVELLE ENTIÈREMENT LA THÉRAPEUTIQUE

Boîte de 10 flacons
à 50 mg
+ 10 ampoules
de 2 cm³ de solvant

Boîte de 1 flacon
à 250 mg
+ 1 ampoule
de 10 cm³ de solvant

(pour préparation
extemporanée)

des **CIRRHOSES**
HÉPATITES
STÉATOSES
CARENANCES AZOTÉES
HYPERCHOLESTÉROLÉMIES

De 50 à 250 mg par jour
en injections intra-musculaires (absolument
indolores) ou perfusions lentes

Extrait de

FOIE LYOPHILISÉ DESPECIFIÉ ROLLAND

(Brevet N° 718-791)

DOCUMENTATION SUR DEMANDE

LABORATOIRE de l'HÉPATROL

4, Rue Platon — PARIS-XV°

Société Médicale de l'A. O. F.

SEANCE DU 12 JANVIER 1959

« Réflexions tirées d'un voyage en Amérique », par J. SÉNÉCAL.

L'auteur fait part de quelques remarques tirées d'un voyage de 3 mois en Amérique du Nord et du Sud.

Ces réflexions portent sur l'organisation de la recherche scientifique, la structure de la Santé Publique et la nécessité de trouver pour l'Afrique une formule de « services intégrés » ou « communautaires », la nécessité de former le personnel de la Santé Publique, la place de la protection maternelle et infantile, enfin l'orientation de l'enseignement de la pédiatrie qui doit être résolument préventive et sociale dans ces régions.

« Note sur le paludisme de l'Européen observé à l'Hôpital Principal de Dakar », par J. DELAHOUSSE et M. MULET.

Etude des cas de paludisme de l'Européen observés à Dakar durant deux ans. Le tiers des malades viennent de l'extérieur, les autres résident habituellement à Dakar, mais se contaminent lors des sorties de la ville, même dans les environs immédiats. La méconnaissance du paludisme et de sa prophylaxie est responsable des formes graves. Deux décès par paludisme furent observés au cours de cette période chez des Européens.

« Note sur les monocytes en trèfles », par R. BAYLET et J. LINHARD, avec la collaboration technique de M^{me} MALVOISIN.

Les auteurs décrivent des déformations nucléaires au niveau de certains monocytes (noyau polylobé, multifolié), lorsque les frottis sont confectionnés à partir d'échantillons de sang prélevés sur mélange de Wintrobe desséché.

« Vaccination B.C.G. par voie buccale à la dose de deux fois 200 milligrammes », par J. SÉNÉCAL et P. COUTURIER.

Le B.C.G. administré per os à la dose de deux fois 200 milligrammes à un mois d'intervalle est une méthode facile, plus pratique que la méthode des doses répétées pendant six mois qui confère une allergie satisfaisante, mais semble encore entraîner des adénopathies cervicales.

« Place de l'extrait de foie lyophilisé despécifié dans le traitement des affections hépatiques », par P. AGUIRRE.

S'appuyant sur une expérimentation de 97 cas cliniques variés, l'auteur a exposé les résultats obtenus dans les affections du parenchyme hépatique. Dans 17 cirrhoses atrophiques, 10 cirrhoses éthyliques décompensées, 6 stéatoses, la restauration fonctionnelle se traduit cliniquement par l'augmentation de la diurèse (qui passe de 500/600 à 1.400/1.800 cm³), la disparition de l'ascite et des œdèmes, anatomiquement par une diminution de volume des gros foies, histologique-

ment par la disparition des infiltrats inflammatoires et des granulations graisseuses. Les tests biologiques, peu modifiés dans les cirrhoses atrophiques, ont tous été améliorés ou normalisés dans les cirrhoses éthyliques décompensées. Dans les dysprotéïnémies le foie lyophilisé despécifié a régénéré les protides plasmatiques en normalisant à la fois le taux des protides et le rapport albumine/globulines. C'est aussi un régulateur du cholestérol : 18 cas d'hypercholestérolémie allant de 2 à 4.35 pour mille ont tous été abaissés; 3 cas d'hypocholestérolémie de l'ordre de 1,2 pour mille ont été remontés. Son emploi se justifie également dans les syndromes extra-hépatiques, les anémies (2 Biermer, 8 anémies nutritionnelles, anémies secondaires dues à des affections hépatiques ou microbiennes).

Partant d'organes vivants stabilisés par le froid dès l'abattage (-78°), despécifié, lyophilisé, le produit expérimenté représente une véritable hépatothérapie cellulaire appliquée rénovant entièrement la thérapeutique hépatique.

« A propos de trois cas d'allongement hypertrophique du col utérin au cours de la grossesse », par R. LE CANNELIER et P. CORRÉA.

Les auteurs rapportent trois observations survenues en deux mois à la Maternité Africaine.

L'une des malades fut césarisée, les deux autres accouchèrent par voie basse. Pour l'une d'elles on put pratiquer pendant les suites de couches une amputation sous-vaginale de la lèvre antérieure du col. La seconde est sous notre surveillance à l'heure actuelle et sera traitée de même après son grand retour de couches. La troisième a refusé l'intervention et est sortie.

Le caractère particulier de ces observations associé au fait que l'on voit une affection obstétricale persister à l'état gynécologique, que cette même affection nécessite pour être correctement traitée une solution obstétricale, puis une solution gynécologique, souligne une fois de plus les rapports étroits qui unissent les deux disciplines.

**DORMIR ET TRAVAILLER
AU MILIEU DES BRUITS**

Boules QUIES

**EVITER LES OTITES
EN NAGEANT**

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV

CHRONIQUE DE L'O.M.S.**LE REGIME ALIMENTAIRE DES POPULATIONS
DU PROCHE-ORIENT**

**Le Comité régional FAO/OMS de la Nutrition
réunit au Caire des spécialistes de 12 pays**

Dans les pays du Proche-Orient, une pénurie alimentaire plus ou moins prononcée et des régimes trop exclusifs se soldent par de nombreuses affections de carence, elles-mêmes responsables pour une large part d'une haute mortalité infantile, d'une proportion exceptionnellement élevée d'enfants débiles, et de la santé précaire comme de la faible productivité de nombreux adultes. Le taux de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans, qui reflète assez exactement l'importance des troubles d'origine nutritionnelle qui affligent ce groupe d'âge, atteint dans la plupart des pays de cette région 40 à 50 pour mille — contre 1 pour mille dans les pays scandinaves.

Ces faits, qui offrent une mesure de l'insuffisance des présentes ressources alimentaires dont disposent les populations du Proche-Orient et des déficiences de leur nutrition, ont été étudiés, au Musée de l'Agriculture du Caire, par le Comité régional de la Nutrition pour le Proche-Orient, qui a réuni du 18 au 26 novembre, sous les auspices conjoints de l'OMS et de la FAO, une trentaine d'experts en nutrition de 12 pays différents.

En tête de son ordre du jour, l'importante question des enquêtes que doivent entreprendre sur les habitudes alimentaires de leurs administrés et les déficiences de leur régime, les pays aux prises avec le problème de la malnutrition. De telles enquêtes, dans les pays du Proche-Orient qui en ont déjà menées, ont fait ressortir de nombreux traits communs, notamment une déficience marquée de protéines animales, dont la dose quotidienne moyenne par habitant se réduit à 15 grammes.

Le régime alimentaire des populations du Proche-Orient constitue un apport en calories sensiblement inférieur à la ration quotidienne normale que recommandent médecins et diététiciens. Qui plus est, ce régime quantitativement insuffisant, l'est également qualitativement : la pernicieuse monotonie d'une alimentation trop exclusivement composée de céréales (blé, orge, millet) est déplorée dans l'ensemble de ces pays. Les céréales y assurent souvent la moitié, parfois même les deux tiers, de la ration quotidienne de calories.

En Egypte et en Turquie, où cette ration est sensiblement plus élevée que dans les autres pays du Proche-Orient, la consommation en céréales de chaque habitant est également plus grande qu'ailleurs et lui procure jusqu'aux deux tiers de ses calories. Son régime alimentaire, où la viande, le poisson, le lait et les œufs n'occupent qu'une place infime, présente en revanche une déficience en protéines animales qui est particulièrement accusée dans les milieux déshérités.

Les premières enquêtes alimentaires réalisées dans les pays du Proche-Orient ont également mis en évidence cette consommation excessive de thé et de sucre, qui grèvent le budget alimentaire de bien

des gens, en conséquence réduits à se passer de produits plus nutritifs. Elles ont aussi révélé des préférences et des aversions collectives pour certains aliments; des tabous et des préjugés alimentaires généralement peu conformes aux prescriptions d'un régime bien équilibré; de simples usages aussi, qui font par exemple de la culture des légumes dans certains secteurs du Proche-Orient, une occupation très au-dessous de la dignité d'un fermier, ou qui interdisent ailleurs la vente individuelle de lait.

Le problème auquel se sont attaqués les nutritionnistes réunis au Caire est donc vaste. Il met en cause tout à la fois la pauvreté, beaucoup d'hérésies alimentaires et l'insuffisance des présentes ressources agricoles des pays du Proche-Orient.

Leur production agricole, selon un document de travail examiné par le Comité, a été développée et orientée essentiellement à la lumière de leurs besoins alimentaires. La sélection de variétés de légumes ou de fruits offrant à la fois un bon rendement et une valeur nutritive supérieure à d'autres, contribuerait notamment, avec une production accrue de protéines animales, à combler le déficit en éléments nutritifs du régime alimentaire actuel.

Éd. de CARQUOIS

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
- 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.

INFORMATIONS.**SEMAINE CARDIOLOGIQUE INTERNATIONALE
DE LA PITIE**(XII^e Session — du 30 avril au 7 mai 1959)

Organisée par le Professeur LIAN et le Docteur Henri WELTI, chirurgien de la Pitié (Centre médico-chirurgical cardio-vasculaire de la Pitié), elle comportera chaque jour quatre conférences faites par d'éminents cardiologues français et étrangers, chaque leçon de 3/4 d'heure étant suivie de questions posées par les auditeurs avec réponse du conférencier dans l'amphithéâtre. En outre seront faites six démonstrations pratiques avec présentation de malades (30 avril au 7 mai inclus).

Auditeurs et conférenciers sont invités à assister le samedi 2 mai à 14 heures à une réunion médico-chirurgicale sur la Coarctation de l'Aorte (Amphithéâtre Sergent à l'Hôpital Broussais-La Charité); le dimanche 3 au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine (rue de l'Ecole-de-Médecine), à 9 h. 30, à la réunion de la Société Française de Cardiologie, et à 14 h., à la réunion de la Société de l'Athérosclérose.

Une soirée théâtrale sera offerte aux auditeurs et aux conférenciers. Ils seront invités le mercredi matin 6 mai à la visite d'un grand laboratoire pharmaceutique, visite suivie d'un déjeuner.

Un certificat sera remis aux auditeurs. La S. N. C. F. accorde aux médecins inscrits et aux conférenciers une réduction de 20 % sur le prix des billets de chemin de fer français pour se rendre à Paris et rejoindre la gare de départ (1 ou 2 fichets de réduction à demander en s'inscrivant).

DROITS D'INSCRIPTION : 3.000 francs en mandat-poste, ou un chèque bancaire, ou un chèque postal libellé au nom du Professeur LIAN (Compte Chèques Postaux du Professeur Lian : Paris 5913-30). Adresser les droits d'inscription et toute demande de renseignements au secrétariat de la Semaine Cardiologique, Hôpital de la Pitié, 83, Boulevard de la Pitié, Paris-13^e.

*Infections Rhino Sinusiennes*ADULTES **BENZO DODECINIUM** 0,25%ENFANTS **PROPIONATE de SODIUM** 2,50%

GOUTTES O.R.L. EN NEBULISEUR

LABORATOIRES **CHIBRET**

CLERMONT-F.

PARIS



TUNISIE. — Ets COHEN-JONATHAN : 55, A. de Londres — TUNIS

FEDERATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE

XIX^e Congrès International des Sciences Pharmaceutiques

Le XIX^e Congrès International des Sciences Pharmaceutiques aura lieu à Zurich du 6 au 10 septembre 1959.

Le thème principal de ce Congrès, qui est traité en symposium par 5 spécialistes connus dans le monde entier, est le suivant :

« La Stabilité et la Stabilisation des Médicaments ».

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au :

SYNDICAT NATIONAL DE PHARMACIENS DE TUNISIE

6 bis, Rue d'Athènes — TUNIS

NEURINASE
SOLUTION . COMPRIMÉS . SUPPOSITOIRES
amorcer le
sommeil naturel
VALÉRIANE FRAÎCHE STABILISÉE
ACTIVEE 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*

LAB. GÉNÉVRIER
45, Rue Michélie
NEUILLY-PARIS

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

I^{er} SYMPOSIUM INTERNATIONAL DE CHIMIOThERAPIE ANTI-INFECTIEUSE ET ANTIMITOTIQUE

GENEVE, 12-13 SEPTEMBRE 1959

Cette importante réunion qui aura lieu sous la présidence d'honneur des Professeurs E. B. CHAIN, D. BOVET et S. A. WAKSMAN, Prix Nobel de Médecine, et sous la présidence effective du Professeur G. BICKEL, traitera, sous forme de rapports et de panel-discussions, de problèmes de haute actualité :

- I. Les sulfamidés à longue durée d'action;
- II. Les associations d'antibiotiques et les staphylocoques résistants;
- III. Les antimitotiques et les greffes de moelle.

Les meilleurs spécialistes américains, russes et européens prendront part à cette réunion.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr P. Rentchnick, case Stand 471, Genève (Suisse).

— o —

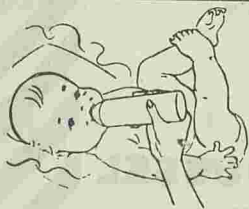
VIENT DE PARAÎTRE.

« QUOI DE NOUVEAU EN PRATIQUE MEDICALE 1958 »

1 vol. 13,5 x 21, 390 p., 900 fr. Editions R. Lepine, Paris

« QUOI DE NOUVEAU » est le volume annuel rêvé pour les médecins omni-praticiens : il expose les notions pratiques récentes surtout sous forme de *Nouvelles brèves* (15 à 20 lignes), avec quelques mises au point d'une ou deux pages, quelques aphorismes, interviews ou ordonnances pour chaque discipline. Il est capable aussi de rendre de grands services aux spécialistes, pour tout ce qui est en dehors de leur spécialité.

Ce volume, de prix modique, mérite de prendre place sur le bureau de tous les médecins.



MATERNA...

- ▶ SPÉCIAL POUR NOUVEAU-NÉS.
- ▶ NORMAL POUR NOURRISSONS.
- ▶ COMPLET NON SUCRÉ.

...L'alimentation idéale des premiers mois de la vie !

LAITS MÉDICAUX MATERNA - 12, rue du Bouquet-de-Longchamp - PARIS (16^e)



La thérapeutique anti-inflammatoire
sous écran antibiotique
en **ophtalmologie**

Soframycine-Hydrocortisone

— collyre

- *Conjonctivites allergiques, irritatives, staphylococciques*
- *Kératites non viriennes*
- *Iridocyclites aiguës*

Flacon compte-gouttes contenant
3 cm³ d'une suspension titrée
à 1 p. 100 de sulfate de framycétine
et à 1 p. 100 d'hydrocortisone

*Instillations oculaires d'une goutte,
d'autant plus rapprochées que
l'affection est aiguë.*

LES LABORATOIRES ROUSSEL

35, boulevard des Invalides, PARIS-VII^e

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

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



C. I. O. M. S.

Fondé sous les auspices de l'OMS et de l'UNESCO

CONSEIL DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES
DES SCIENCES MEDICALES2, PLACE DE FONTENOY — PARIS-7^eCALENDRIER DES CONGRES INTERNATIONAUX
DES SCIENCES MEDICALES
POUR L'ANNEE 1959

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
14-18 mars	Mexico	VIII ^e CONGRES INTERNATIONAL DE BRONCHOPNEUMOLOGIE	Président : Dr Ricardo Tapia Acuna, Mexico. Sec. Gén. : Dr C. L. Jackson, 3401 N. Broad S., Philadelphie 40, Pa., E.-U.
2-9 mai	Dusseldorf	IV ^e CONFERENCE DE L'UNION INTERNATIONALE POUR L'EDUCATION SANITAIRE DE LA POPULATION	Renseignements : M. L. Viborel, Sec. Gén. de l'Union Internationale pour l'Education Sanitaire de la Population, 92, rue St-Denis, Paris, France.
6-10 mai	Milan	II ^e CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE	Président : Pr A. Giovanardi. Sec. Gén. : Pr C. Zanussi, via Boccaccio 25, Milan, Italie.
12 mai	Genève	XII ^e ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	Renseignements : OMS, Palais des Nations, Genève, Suisse.
29-30 mai	Madrid	IX ^e CONGRES DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR L'ETUDE DES BRONCHES	Président : Pr Tapia. Sec. Gén. : Pr José Abelló, Lagasca 13, Madrid, Espagne.
1-6 juin	Edimbourg	XI ^e CONGRES INTERNATIONAL DES HOPITAUX	Président : Avv. Luigi Colombo, Italie. Sec. Gén. : Capt. J. Stone, 34 King Street, Londres, E.C. 2, R.-U.
7-13 juin	Amsterdam	III ^e CONGRES MONDIAL DE LA FERTILITE ET DE LA STERILITE	Renseignements : Dr L. I. Swaab, Sec. Hon., Sint Agnietenstraat 4, Amsterdam C., Pays-Bas.
3-5 juillet	Cologne	IV ^e CONGRES DE L'UNION INTERNATIONALE DE LA PRESSE MEDICALE	Président : Dr H. Spatz, Sec. Gén. : Dr Stockhausen, Brantnerstr. 13, Cologne, Rép. Féd. d'Allemagne.

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-Jacqueline - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 232.090

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
6-8 juillet	Paris	III ^e CONGRES INTERNATIONAL D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	Sec. Gén. : Dr P. Delthil, 13, rue du Four, Paris-6 ^e , France.
2-17 juillet	Londres	CONGRES INTERNATIONAL DE CHIRURGIE PLASTIQUE	Président : Mr R. Mowlem. Sec. Gén. : Mr D. Matthews, c/o Institute of Child Health, Hospital for Sick Children, Great Ormond St., Londres, W. C. 1, R.-U.
9-25 juillet	Montréal	IX ^e CONGRES INTERNATIONAL DE PEDIATRIE	Président : Pr Alan Ross. Sec. Gén. : Dr R. L. Denton, P. O. Box 215 Westmount, Montréal 6, Canada.
3-30 juillet	Munich	IX ^e CONGRES INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE	Président : Pr B. Rajewsky. Sec. Gén. : Pr H. v. Braunbehrens, Ziemssenstr. 1, Munich 15, R. Féd. d'Allemagne.
6-30 juillet	Copenhague	XXI ^e CONGRES DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PSYCHANALYSE	Président : Dr W. Gillespie. Sec. Gén. : Miss Pearl King, 37 Albion Street, Londres, W. 2, R.-U.
9-15 août	Buenos-Aires	XXI ^e CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES PHYSIOLOGIQUES	Président : Pr B. A. Houssay. Sec. Gén. : Pr A. O. Stoppani, Facultad de Ciencias Medicas, Paraguay 2155, Buenos-Aires, Argentine.
7-22 août	Londres	XI ^e CONGRES INTERNATIONAL DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LOGOPEDIE ET PHONIATRIE	Président : Dr L. Stein. Sec. Gén. : Miss P. Carter, 46 Canonbury Square, Londres, N. 1, R.-U.
0 août - 4 sept.	Chicago	II ^e CONFERENCE MONDIALE SUR L'ENSEIGNEMENT MEDICAL	Renseignements : Dr Louis H. Bauer, 10 Columbus Circle, New-York 19, N.Y., E.-U.
0 août - 5 sept.	Barcelone	XII ^e REUNION ANNUELLE DE LA FEDERATION MONDIALE POUR LA SANTE MENTALE	Renseignements : Miss E. M. Thornton, W.F.M.H. 19 Manchester Street, Londres, W. 1, R.-U.
1-7 sept.	Barcelone - Madrid	IX ^e CONGRES INTERNATIONAL D'HISTOIRE DES SCIENCES	Président : Pr J. M. Millas-Vallicrosa. Sec. Gén. : Pr Juan Vernet, Facultad de Letras, Universidad de Barcelona, Espagne.
6-9 sept.	Zurich	XIX ^e CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES	Président : Pr R. Ruysen. Sec. Gén. : Pr K. Steiger, 25 Clausiusstrasse, Zurich, Suisse.

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
6-12 sept.	Paris	III ^e CONGRES DE LA CONFEDERATION MONDIALE DE PHYSIOTHERAPIE	Président : Miss G. V. Griffin. Renseignements : Miss M. J. Neilson, Charter Soc. of Physiotherapy, vistock House (South), vistock Sq., Londres, W. 1, R.-U.
7-14 sept.	Montréal	XIII ^e ASSEMBLEE GENERALE DE L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE	Président : Dr Ch. Jacobsen Danemark. Sec. Gén. : L. H. Bauer, 10 Columbia Circle, New-York 19, N. E.-U.
11-18 sept.	Istanbul	XV ^e CONFERENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE	Président : Pr Teyfik S. glam. Sec. Gén. : Dr T. Gokce, Association Turque contre la Tuberculose, Se me Hatun, Mezarlik Soku Taksim, Istanbul, Turquie
13-20 sept.	Munich	XVIII ^e CONGRES DE LA SOCIETE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE	Président : Pr P. L. Mirin Argentine. Sec. Gén. : Pr Martin, 141, rue Bellia Bruxelles, Belgique.
18-20 sept.	Munich	IV ^e CONGRES INTERNATIONAL DE LA SOCIETE CARDIOVASCULAIRE INTERNATIONALE	Président : Dr M. E. De B key. Sec. Gén. : Dr H. E movici, 715 Park Avenue New-York 21, N. Y., E.-U.
2 ^e quinzaine de sept.	Lucerne	VIII ^e CONGRES DE L'UNION INTERNATIONALE DES SERVICES MEDICAUX DES CHEMINS DE FER	Président : Dr Serati, Bern. Sec. Gén. : Dr Ortega, rue de Château-Landon, Paris-10 ^e , France.
Septembre	Madrid	CONGRES INTERNATIONAL DE CYTOLOGIE DU CANCER	Président : Dr Sanz Ibañ Madrid. Renseignements : Mrs. E. L. Maselli, P. O. 633, Coral Gables, Fla., E. U.
Septembre	Jérusalem	V ^e CONGRES INTERNATIONAL DE STANDARDISATION BIOLOGIQUE	Sec. Gén. : Pr A. L. Olitz Dept. of Bacteriology, Hebrew University, Hadas Medical School, P. O. B. 1172, Jérusalem, Israël.
7-11 oct.	Constance - Zurich	V ^e CONGRES INTERNATIONAL DES SUBSTANCES VITALES ET DE L'ALIMENTATION	Président : Pr H. A. Schwart. Sec. Gén. : Bemer Str. 61, Hannover-Kirchtr Rép. Féd. d'Allemagne.
14-15 oct.	Strasbourg	VI ^e CONGRES INTERNATIONAL DE THERAPEUTIQUE	Président : Pr Fontaine. Renseignements : Pr M. L per, 39, rue St-Dominic Paris, France.
13-17 oct.	Londres	ASSEMBLEE GENERALE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE PERIL VENERIEN ET LES TREPONEMATOSES	Renseignements : Institut Alfred Fournier, 25, Bd Jacques, Paris-14 ^e , France

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture :

Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI.

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et Dr A. KHALFAT.

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

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, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

0,50g 1.M
1g 1.M

STREPTODUOCINE

BIPENICILLINE ^{2/3}

Sarbach

L'ASSOCIATION
PÉNICILLINE STREPTOMYCINE
DE SÉCURITÉ



Sarbach

ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPBARMA — 4, Pas, d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

Liveroil

SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

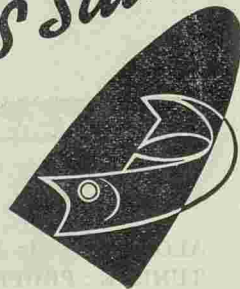
A B₁ B₂ B₆ D₂
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LAB^{LES} CHAMON-PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON-PARIS

APPETIT

↑
sandobonvair

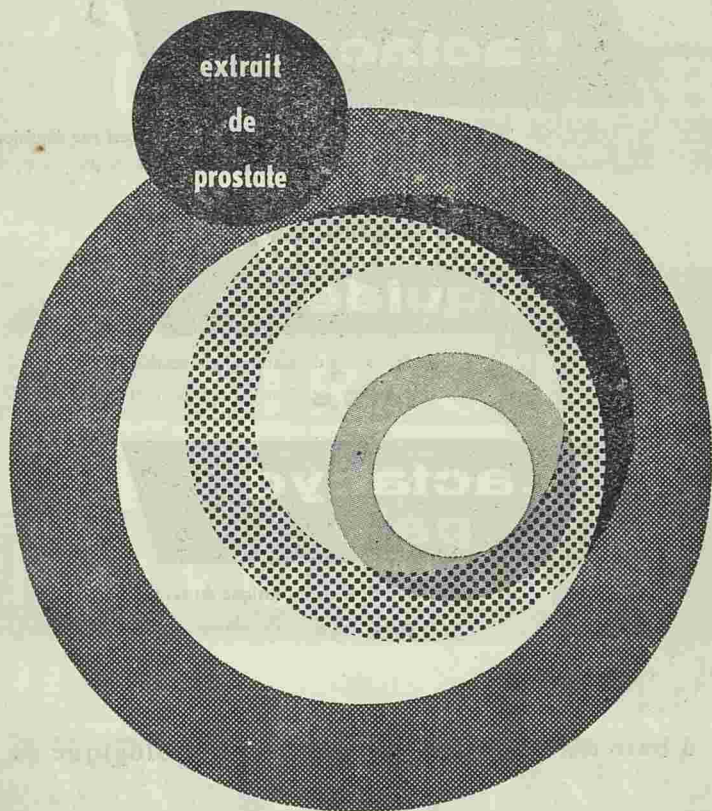
à tout âge de la Vie
en toutes saisons



PROSTAVÉRON

anciennement **RAVERON**

extrait
de
prostate



PARVILEX

Injectable par voie intramusculaire

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
5 AMPOULES CL. 17, 15 AMPOULES CL. 32



LABORATOIRES ROBAPHARM
2, SQUARE VILLARET DE JOYEUSE - PARIS XV^e

TUNISIE : CO.RE.PHA. - 47, Rue Massicault — TUNIS

Lactacyd

Emulsion pénétrante iso-acide de l'épiderme
pH 5,2 Remboursé S.S. et A.M.G. - P. classe 2

Lactacyd-2

Traitement d'attaque des dermatoses par émulsion pénétrante
pH 2 Remboursé S.S. et A.M.G. - P. classe 2

Lactacyd liquide

Détergent dermatologique acidifiant
pH 3,5 Remboursé S.S. et A.M.G. - P. classe 2

Lactacyd pain

Substitut thérapeutique du savon
pH 3,5 P. classe 2

à base d'Acide Lactique, l'acide physiologique de la peau

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DES LABORATOIRES



13, RUE PÉCLET - PARIS 15^e

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



CITROSODINE

STRYCHNAL B¹

FORT

NORMAL

**PHOSPHO
STRYCHNAL**

NOVOSÉDINE

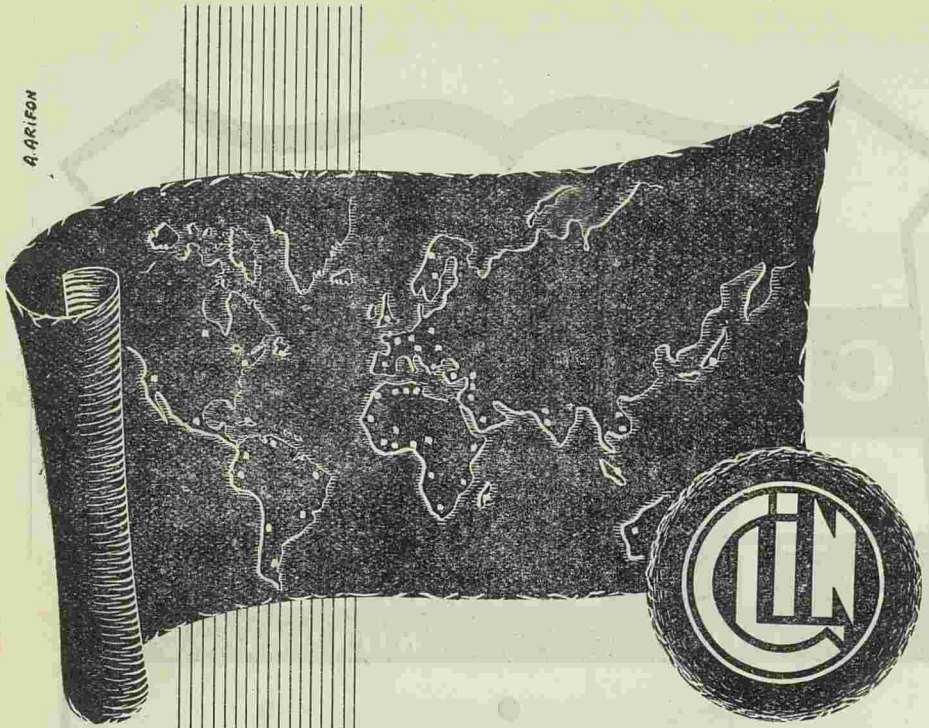
VASCURÈNE

A LA VITAMINE C

LABORATOIRES LONGUET

66, Avenue Jean

Jaurès PARIS XIX^e



SALAZOPYRINE

Recto-colites ulcéro-hémorragiques ou purulentes

Colites ulcéreuses

Diarrhées infectieuses

Diarrhées infantiles

Colites de fermentation

Tubes de 25 comprimés
dosés à 0,50 g de principe actif

SOMMAIRE (1^{re} Partie)

α Séance de Rentrée à la Société Tunisienne des Sciences Médicales	81
Allocution de M. Ahmed Ben Salah, Secrétaire d'Etat à la Santé Publique, et aux Affaires Sociales	85
α Société Tunisienne des Sciences Médicales	87
Sigamycine et phlébiologie : à propos d'un essai thérapeutique sur dix cas, par le Dr Pierre CHAULET, ancien Interne des Hô- pitaux d'Alger, Médecin Chef de Service intérimaire à l'Hôpital Ernest Conseil	89
La contribution du laboratoire au diagnostic des maladies à virus, par le Dr M. L. TARIZZO	107
Société Médicale de l'A.O.F.	114
Revue de Presse	117

BILAMIDE-CILAG

Oxyméthylamide de l'acide pyridine-3-carbonique

une même molécule X 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^E

TUNISIE : M. H. BONAN, 34, Rue de Marseille, TUNIS



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de

TRONOTHANE

Marque Déposée

Abbott

l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**

44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47.77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres - TUNIS

Le lait « prophylactique » par excellence.

Alimentation régulière des nourrissons bien portants. Le Pelargon augmente la résistance aux infections, prévient les dyspepsies, évite les régurgitations, empêche l'hypoactivité gastrique.



Prêt à l'emploi



Pelargon



Lait entier acidifié en poudre

oxyurose - ascaridiose

sirop de

PIPÉRAZINE MIDY

Concentration maximum
Activité constante
Atoxicité



LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM, PARIS-17°

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



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

L.C.A.
IND. PARIS

CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne

Altitude : 400 m.

400 kilomètres de Paris

Voitures directes — Express thermaux Paris et Marseille

Aérodrome de Clermont - Aulnat

CHATEL-GUYON possède les eaux les plus riches du monde en chlorure de magnésium assimilable.

CHATEL-GUYON s'adresse aux affections de l'intestin, constipation, colïtes, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

La cure de **CHATEL-GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges.

Elle s'oppose à l'anaphylaxie et améliore l'état général.

CHATEL-GUYON combat 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, corrige l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire.

CHATEL-GUYON est la Station idéale de l'amibiase et des entérocolïtes coloniales.

CHATEL-GUYON toujours à l'avant-garde du progrès, ne cesse de moderniser et de perfectionner ses Etablissements et leur équipement. Il s'est ainsi placé au premier rang du Thermalisme Mondial.

Ses installations complémentaires inédites permettent de donner avec succès des soins gynécologiques, rhino-pharyngés, etc., et de traiter la cellulite.

SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

A domicile, boire : **CHATEL-GUYON** « GUBLER », eau de cure.

CHATEL-GUYON « LEGERE », eau de table.

Renseignements : Société des Eaux Minérales et des Etablissements Thermaux — Grands Thermes — **CHATEL GUYON**.

OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

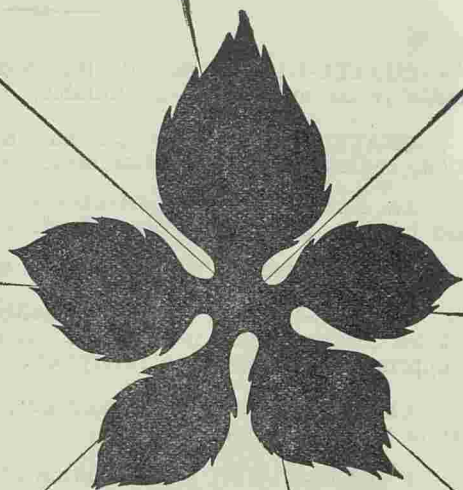
Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations vasculaires.

Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.



A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.

1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.

LABORATOIRES

Biosedra

S. A., 28, RUE FORTUNY - PARIS-17^e - TÉL. CAR. 20-22, 23

USINE A MALAKOFF

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

Séance de Rentrée à la Société Tunisienne des Sciences Médicales

C'est le vendredi 16 janvier qu'a eu lieu la séance inaugurale de la Société pour l'année 1959.

A cette séance présidée par le D^r Fourati, assistaient M. Ahmed Ben Salah, Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales; M. Messadi, Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale, ainsi que de nombreux attachés culturels étrangers.

Tour à tour prirent la parole, M. le D^r Fourati, M. Messadi, puis M. Ahmed Ben Salah.

Discours du D^r Ali Fourati,

Président de la Société Tunisienne
des Sciences Médicales

« Mesdames, Messieurs,

Je tiens à ce que ma première pensée, en prenant aujourd'hui cette présidence, soit d'adresser à Monsieur le Président de la République l'assurance de notre fidèle attachement et notre respectueuse reconnaissance pour sa sollicitude et ses précieux encouragements à notre Société.

Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales,

Cette assurance nous vous serions obligés de bien vouloir la lui transmettre.

L'intérêt que vous portez aux médecins est trop inhérent à la fonction même de votre département pour qu'il soit nécessaire de rappeler combien est naturelle votre participation à toutes les manifestations du corps médical. Mais je vous remercie de l'intérêt que vous leur portez jusque dans leurs activités scientifiques, et je me plais à souligner à quel point tous nos confrères apprécient l'esprit positif et la pertinence avec lesquels vous savez envisager les nombreux problèmes, d'une utilisation à la fois judicieuse et équitable des médecins, pour une politique sanitaire rationnelle. Dans ce domaine la nécessité d'importantes réformes se fait sentir à notre pays. Leur élaboration a déjà débuté sous le signe d'un désir d'entente et de parfaite collaboration entre vous et le corps médical.

Je suis persuadé pour ma part que leur mise au point et leur exécution se poursuivra dans la même harmonie pour le plus grand bien de la santé de notre pays.

Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale,

L'instruction, la recherche scientifique sont du ressort de votre département. En outre, l'enseignement de l'hygiène, alliée naturelle de la médecine, ne se fait-il pas dans tous les établissements scolaires dont l'ensemble relève de vous ?

Nombre de manifestations scientifiques sont communes à la Société Tunisienne des Sciences Médicales et à l'Institut des Hautes Etudes.

Une liaison s'est ainsi établie entre les médecins et votre ministère.

Ce début d'enseignement médical qui en est résulté, actuellement encore occasionnel, est appelé dans un avenir que j'espère proche, à s'amplifier jusqu'à devenir un enseignement permanent et officiel. Votre présence ici, Monsieur le Secrétaire d'Etat, symbolise le premier et fait bien augurer du second. Je vous en remercie à ce double titre au nom de mes confrères.

Je salue ici la présence du Représentant de Monsieur le Secrétaire d'Etat aux Affaires Etrangères qui, empêché d'assister personnellement à cette séance, a tenu à nous manifester l'amitié d'un confrère et à marquer son désir d'aider notre société dans ses rapports scientifiques et culturels avec l'Etranger et de lui faciliter son essor et son rayonnement dans l'arène de la science internationale.

L'hommage et la gratitude des médecins sont largement mérités par Monsieur le Directeur de l'Institut des Hautes Etudes dont l'aide et le soutien à notre société n'ont jamais fait défaut, je le prie de trouver l'expression de l'un et l'assurance de l'autre.

Je ne saurais omettre enfin de rappeler l'assistance morale et matérielle que notre société a toujours trouvée auprès de la Municipalité de Tunis. Que son Président et son Conseil en soient remerciés chaleureusement.

Mes chers confrères,

En prenant possession de ce fauteuil où me place votre confiance, je ne peux m'empêcher de vous exprimer mon émotion et ma fierté. Je m'efforcerai d'être digne de vos suffrages et digne de mes prédécesseurs. Il m'est agréable à ce propos de rendre un hommage tout particulier au Président sortant mon amie le Dr Tahouida Ben Zina Ben Cheikh. Je voudrais lui dire toute ma sympathie et toute mon admiration. Elle a été un Président en tout point remarquable, la maîtrise et la compétence avec lesquelles elle a dirigés nos séances, jointes à l'affabilité de son sourire ont montré à l'évidence tout ce que peut apporter la femme tunisienne, et tout ce que, dans les divers domaines de la vie nationale, on peut espérer de son émancipation, magistralement mise en train par notre vénéré Président Bourguiba.

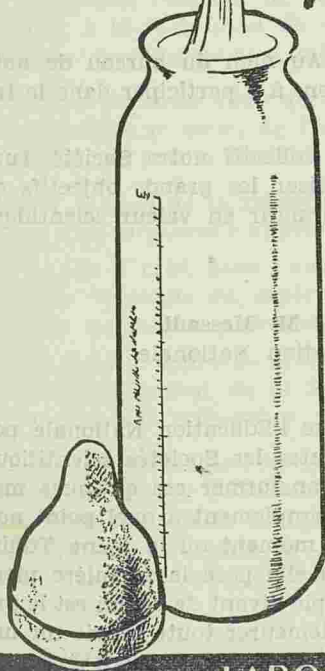
Notre société, au cours de ses cinquante-six années d'existence a acquis un lustre incontestable, guidée comme elle l'a été par nos illustres anciens. La valeur et le sérieux de ses travaux en ont fait un organisme de renom, au delà même des frontières de la Tunisie.

EXTRAIT DE FOIE

PROTEOLYSAT

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

Faut-il rappeler, par ailleurs, que c'est de Tunis que partirent tant de découvertes relatives au typhus, à la fièvre boutonneuse ou aux brucelloses; et que Charles Nicolle lui-même a présidé notre société en 1909 ? Des précédents aussi illustres nous créent l'obligation de maintenir et d'élever la valeur scientifique de notre société. Saurions-nous donc souffrir qu'elle puisse être frappée de je ne sais quel déclin ?

Notre vœu le plus cher doit être au contraire d'entretenir sinon de renforcer sa vitalité, de lui donner plus de rayonnement encore et de prestige, de faire qu'elle soit une avant-scène pour le corps médical uni dans la recherche et dans l'étude.

C'est à cette tâche que je vous convie, sûr de trouver en vous le levain renouvelé de l'efficacité et de la foi. Je sais que je trouverai auprès de vous le ciment nécessaire à cette tâche, car je vous sais unis, au delà des idées et des nationalités par les mêmes problèmes, les mêmes difficultés et les mêmes fréquentations de la misère et des souffrances, le même idéal de servir et de guérir, et le sentiment d'appartenir à une même famille.

C'est à cette réunion de famille que je vous convie, pour une œuvre utile et productive.

Mes chers confrères,

Une tâche importante nous attend. Au nom du bureau de notre société, je vous convie tous sans distinction, à y participer dans le travail commun et dans l'union.

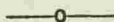
J'ai bon espoir que par notre effort collectif notre Société Tunisienne des Sciences Médicales saura réaliser les grands objectifs qui lui incombent, et durant l'année 1959, grandir en valeur scientifique, en prestige et en rayonnement.

Extraits de l'allocution de M. Messadi,
Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale

« Ma présence ici montre l'intérêt que l'Education Nationale porte à votre Société en particulier, et à toutes les Sociétés scientifiques en général. Je n'ai pas l'intention de transformer ces quelques mots en long discours, mais tiens à vous dire simplement à quel point nous sommes intéressés par votre activité. Au moment où la jeune Tunisie s'oriente vers une activité nouvelle et où elle pose la première pierre de sa future Université, vous êtes un exemple vivant de ce qui est le propre du médecin authentique, qui est de demeurer toute sa vie un universitaire. Et une Société comme la vôtre est un élément très précieux qui apportera à la jeune Université le fruit de vos travaux. C'est grâce à une tradition comme la vôtre que cette Université pourra être créée, et je forme le vœu et l'espoir de nous réunir bientôt pour sa naissance. »

Allocution de M. Ahmed Ben Salah

Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales



Le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales exprime sa satisfaction de se retrouver avec les Membres de la Société Tunisienne des Sciences Médicales à l'occasion de la séance inaugurale de l'année 1959.

Il souligne le rôle important que joue cette Association dans un domaine si éminemment humain, le progrès de la médecine en Tunisie et rappelle l'intérêt qu'a manifesté à diverses reprises le Président BOURGUIBA à ses travaux.

Il rend hommage au dynamisme de ses dirigeants, associant dans ses éloges le bureau sortant, les membres élus et particulièrement le Président, Docteur FOURATI.

Il assure la Société Tunisienne des Sciences Médicales de son appui constant et insiste sur la collaboration étroite qui s'est instituée entre le Département qu'il dirige et cette Association.

Rappelant l'objectif de cette dernière, il énumère les facteurs contribuant à la réalisation de cet objectif : recherche scientifique, amélioration de l'équipement médical, formation de cadres qualifiés.

Il fait ressortir alors quelle a été l'action de son Département dans ces domaines au cours de l'année 1958, action que vient renforcer celle entreprise par la Société Tunisienne des Sciences Médicales.

Sur le plan de la recherche scientifique, la Tunisie a déjà posé les jalons d'un Organisme appelé à un grand développement :

— elle a créé, avec l'aide d'institutions internationales, le Laboratoire de Virologie où, espère-t-il, de jeunes internes tunisiens de plus en plus nombreux pourront se livrer à des recherches virologiques;

— dans le cadre de l'Institut Pasteur de Tunis, sera créé bientôt le Laboratoire Central de la Santé Publique qui assurera une meilleure orientation des recherches appliquées à la Pathologie Tunisienne.

L'amélioration de l'équipement donne lieu depuis un an à un effort vigoureux; malgré l'extension du réseau des dispensaires et des hôpitaux auxiliaires et les charges de premier équipement qu'elles imposent, les hôpitaux de Tunis et les hôpitaux régionaux s'agrandissent, se modernisent et remplacent leur instrumentation par des outils plus perfectionnés.

Le Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales essaie, dans la mesure des moyens mis à sa disposition, et ils sont importants, de satisfaire les demandes des médecins.

Enfin, sur le plan de la formation des cadres, l'année 1958 a vu les Départements de l'Education Nationale et de la Santé Publique et aux Affaires Sociales collaborer au projet de création à Tunis d'une Faculté de Médecine.

Il espère que ce projet, dont l'importance et l'utilité pour le pays sont évidents, verra le jour sous peu.

Il aborde ensuite les difficultés de la tâche des médecins, les critiques qu'elle a pu soulever parfois et qui sont inhérentes à leur activité. Il souligne que malgré tout, l'ensemble du peuple tunisien est fier du Corps Médical et que Les Pouvoirs Publics réagissent fermement contre toute tendance injuste à leur égard.

Il fait appel à l'enthousiasme caractéristique de leur mission pour continuer leurs efforts et avoir à cœur de voir la Tunisie dignement représentée.

— 0 —

RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide
éphédrine
élycaïne

*Affections du
Rhino-Pharynx*

*instillations
pulvérisations*

LABORATOIRES A. BAILLY

• SPEAB •

15 RUE DE ROME - PARIS 8^e

Société Tunisienne des Sciences Médicales

SEANCE DU VENDREDI 16 JANVIER 1958

Lecture et adoption du Procès-Verbal de la précédente réunion.

Elections de nouveaux membres : MM. Moncef ZOUHIR, Mustapha BEN SALEM, Néjib MOURALI, Arbi AZOUZ.

Présentés par MM. A. FOURATI et A. CHARRAD.

Communications :

M. Hédi RAIS : « 10 ans de pratique de la Greffe de Cornée avec présentation de deux malades. »

M. M. L. TARIZZO : « Contribution du Laboratoire dans le diagnostic des maladies à virus. »

PHOSÉLITE

nouveau
tonique
physiologique
non suivi
d'action
dépressive

α -OXYBENZYLPHOSPHINATE DE SODIUM

DRAGÉES-AMPOULES INJECTABLES

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

SITSA

LICENCE SIEGFRIED

LABORATOIRES SITSA - 15 - RUE DES CHAMPS - ASIÈRES - SEINE

Pourquoi le réveiller ?

*la prise nocturne
par suppositoire
permet
de ne pas interrompre
son sommeil.*



SCHÉMA DE TRAITEMENT

• JOUR : VOIE ORALE

- poudre orale aromatisée
- comprimés à 0,100 g
- suspension buvable.

20 à 40 mg par jour et par kg de poids, en trois prises (8 h - 14 h - 20 h).

VOIE RECTALE 1 à 3 suppositoires selon l'âge.

• NUIT : SUPPOSITOIRES

1 suppositoire vers minuit.

Terramycine
MARQUE DÉPOSÉE - TETRACYCLINE

Pfizer



Sigmamycine et phtisiologie : à propos d'un essai thérapeutique sur dix cas

par le Docteur Pierre CHAULET,
ancien Interne des Hôpitaux d'Alger,
Médecin Chef du service intérimaire à l'Hôpital Ernest Conseil

Les bronchorrhées, et particulièrement les poussées de bronchorrhée purulente, posent en phtisiologie un problème de thérapeutique quotidienne.

L'évolution quasi constante des formes graves de la tuberculose vers la fibrose grâce à la chimiothérapie, la pratique malheureuse de cures antibiotiques discontinues (transformant des formes limitées et curables en suppurations broncho-pulmonaires chroniques et étendues, au-dessus des possibilités chirurgicales) expliquent sans doute la fréquence des bronchorrhées.

La fréquence ou plutôt la constance de leur substratum anatomique : la bronchectasie, n'est plus à démontrer (DUFOURT, BRUN, GIRARD, CHADOURNE, RENAULT et CHRÉTIEN).

Il a paru intéressant d'étudier l'action d'un nouvel antibiotique : la Sigmamycine (1) sur la flore microbienne associée et donc sur l'hy-persécrétion bronchique de tels cas.

Ce premier essai thérapeutique de Sigmamycine en phtisiologie ne peut donner lieu qu'à des conclusions très fragmentaires.

Néanmoins, puisqu'il s'agit d'un essai sur de « mauvais » cas, il peut fournir des indications utiles pour l'emploi de la Sigmamycine en pratique pneumologique.

LES BRONCHORRHEES DE LA TUBERCULOSE COMMUNE TRAITEE PAR LA CHIMIOETHERAPIE

On ne saurait envisager dans ce cadre limité où se déroule l'expérimentation, ni les bronchectasies de la primo-infection, ni les bronchectasies de la tuberculose pulmonaire traitée par collapsothérapie médicale ou chirurgicale.

« Il n'y a pas de maladie plus bronchectasiente que la tuberculose » : cet aphorisme de DUFOURT reste vrai à l'ère antibiotique.

(1) Commercialisée sous le nom de « Tétracyne-Oléandomycine ».

En effet, la classique « bronchite d'accompagnement », qui n'est qu'une forme de tuberculose bronchique, s'étend non seulement aux bronches de drainage, mais à celles de voisinage et aux bronches sous-jacentes.

Elle peut entraîner une bronchorrhée passagère, qui disparaît rapidement sous l'effet de l'antibiothérapie spécifique ou au contraire qui persiste : en ce cas, tuberculose bronchique et surinfection non spécifique s'entraîdant, se constituent les bronchectasies.

Les bronchorrhées chroniques des tuberculeux traités s'observent donc :

— Dans les formes ulcéreuses (LE TACON, MATHEY, CHADOURNE) où l'expectoration, la dyspnée sont d'autant plus importantes que les lésions sont plus volumineuses et plus anciennes (rarement avant un an d'évolution pour COURY).

— Dans les formes fibreuses, en particulier celles touchant les lobes supérieurs.

— Dans les dilatations accompagnant des sténoses bronchiques : mais on sait, depuis l'apparition de l'Isoniazide, la moindre fréquence des sténoses.

— Dans les « poumons opaques tuberculeux » (fibrothorax, hémithorax sombre et retracté) où, comme dans les lobes opaques, s'associent des lésions complexes ulcéro-fibro-caséuses du parenchyme, fibreuses de la plèvre et délabrantes (sténoses et dilatations) des bronches.

Ces bronchorrhées s'observent parfois après extinction de la tuberculose : en ce cas la localisation de la bronchectasie peut permettre une cure radicale par la chirurgie.

Mais le plus souvent, tuberculose et bronchectasie coexistent : il y a « échange de mauvais procédés » (P. BOURGEOIS) entre l'ulcération et la dilatation bronchique, et par la suite la persistance de la suppuration bronchique, son caractère habituellement tuberculeux sont des causes fréquentes du réveil des lésions pulmonaires.

Ces bronchorrhées chroniques évoluent par poussées avec accentuation des signes fonctionnels, de la toux, de la dyspnée, parfois un peu de fièvre.

Lors de ces poussées infectieuses, la bronchorrhée muco-purulente devient plus abondante, franchement purulente.

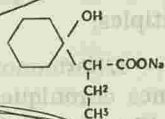
Le laboratoire décèle une flore microbienne associée importante.

La radiographie ne révèle pas de poussée évolutive de la maladie tuberculeuse.

Nouveau

HEBUCOL

α-(hydroxy-1-cyclohexyl) butyrate de sodium



**cholérétique vrai de synthèse
non cholagogue**

**toxicité nulle
tolérance biologique parfaite
cholérèse abondante et prolongée**

- Ictères et séquelles
- Dyspepsies
- Insuffisances hépatiques
- Etats nauséeux
- Migraines

AMPOULES 5 cc I.V. ou instillations duodénales
COMPRIMÉS 2 à 4 aux repas

Sécurité Sociale - P. Cl. 6



ISSY-LES-MOULINEAUX

TUNISIE : O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

Il s'agit donc d'une bronchorrhée typique survenant sur des bronches tuberculeuses, dilatées.

Lorsque, en raison de l'étendue des lésions, de leur bilatéralité, la chirurgie est impossible, les moyens thérapeutiques sont limités.

— Les petits moyens classiques n'apportent que peu d'amélioration : les expectorants (polygala, benzoate de soude) doivent être proscrits en raison de l'hyperhémie qu'ils déterminent; de même l'atropine.

Restent les calmants à base de codéine, les modificateurs de la sécrétion bronchique : balsamiques, antihistaminiques de synthèse; et la Théophylline qui diminue l'encombrement bronchique.

— Le drainage de posture n'est pas toujours possible, car les lésions bronchiques sont en règle associées à des lésions pulmonaires multiples.

— L'hormonothérapie cortico-surrénale est contre-indiquée dans ces formes chroniques où la résistance des BK aux antibiotiques est élevée (BROCARD et GRIVAUX).

— Ce sont donc essentiellement les antibiotiques qui, visant à détruire les germes de surinfection vont permettre de réduire en partie l'hypersecrétion bronchique.

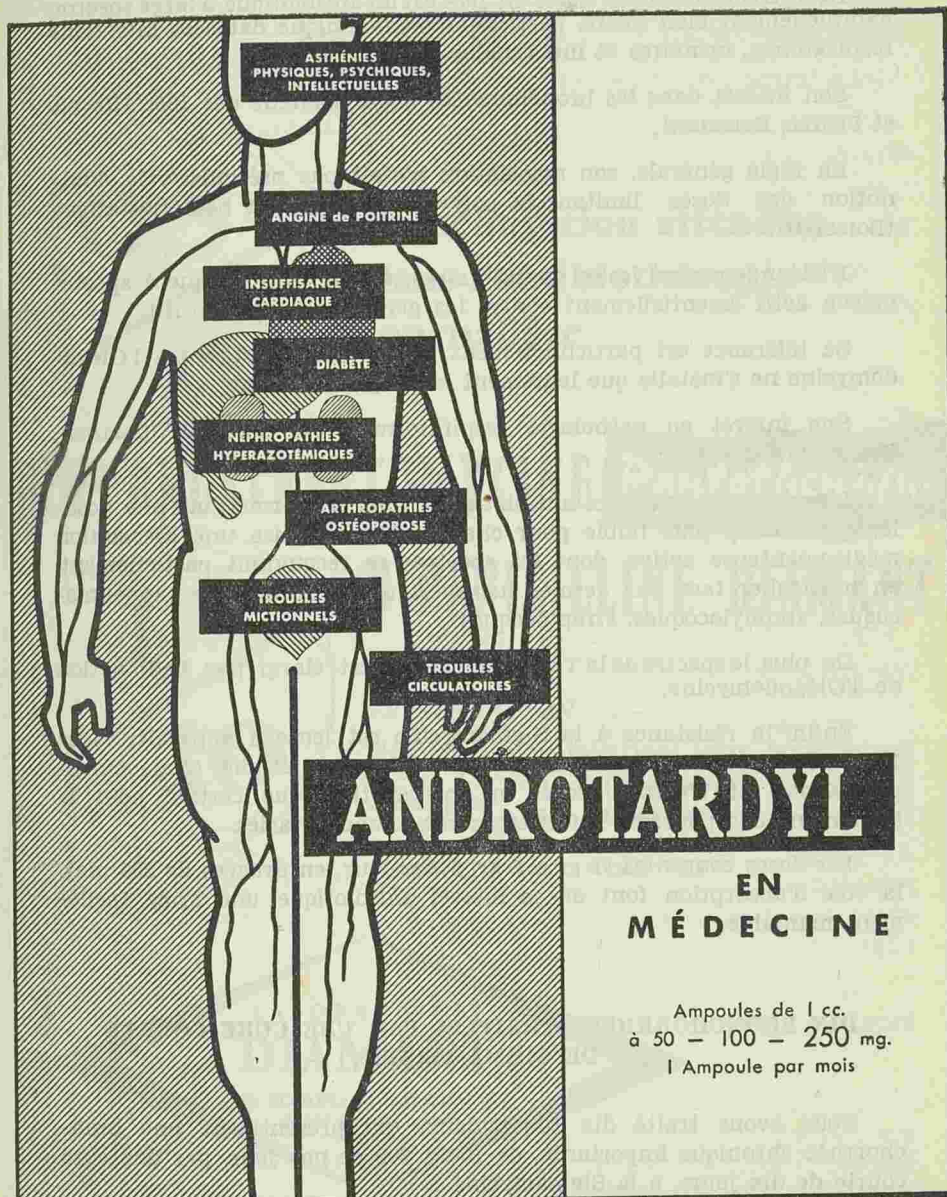
Tandis que le traitement antituberculeux se poursuit, l'antibiothérapie non spécifique obéit à des règles précises :

- a) des doses élevées ne sont pas nécessaires, mais il faut administrer des antibiotiques à chaque poussée aiguë;
- b) l'antibiogramme doit servir de guide à la prescription, en tenant compte cependant de la modification incessante de la flore microbienne, et des désaccords possibles avec la clinique;
- c) d'où la nécessité d'un antibiotique maniable, à large spectre bactérien, à résistance retardée.

LA SIGMAMYCINE

Parmi les antibiotiques à spectre large, déjà connus, la Sigmamycine semble devoir répondre, théoriquement, aux besoins de la thérapeutique antimicrobienne dans les bronchectasies.

La Sigmamycine est une association d'antibiotiques : la Tétracycline-base (2/3) et l'Oléandomycine (1/3).



ASTHÉNIES
PHYSIQUES, PSYCHIQUES,
INTELLECTUELLES

ANGINE de POITRINE

INSUFFISANCE
CARDIAQUE

DIABÈTE

NÉPHROPATHIES
HYPERAZOTÉMIQUES

ARTHROPATHIES
OSTÉOPOROSE

TROUBLES
MICTIONNELS

TROUBLES
CIRCULATOIRES

ANDROTARDYL

EN
MÉDECINE

Ampoules de 1 cc.
à 50 - 100 - 250 mg.
1 Ampoule par mois

Distributeur exclusif :
SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — FONtenoy 97-64

TUNISIE : FALDINI, 8, Rue d'Avignon — TUNIS

La Tétracycline-base isolée en 1954 est un antibiotique à large spectre, habituellement bien toléré, particulièrement indiqué dans les infections respiratoires, urinaires et intestinales.

Son intérêt dans les bronchorrhées a été souligné dès 1956 (RAVINA et PESTEL, BOISSIER).

En règle générale, son association n'était pas préconisée, la diminution des doses limitant la polyvalence de l'effet bactériostatique (BOISSIER).

L'Oléandomycine isolée en 1954 aussi, est un antibiotique à spectre moyen actif essentiellement contre les germes à GRAM positif.

Sa tolérance est particulièrement bonne : la résistance à l'Oléandomycine ne s'installe que lentement et progressivement.

Son intérêt en pathologie respiratoire a été souligné (CALLOCH, GILLET, SOLIGNAC).

L'association des deux antibiotiques, tout en permettant une posologie beaucoup plus faible pour chacun d'eux, réalise une association médicamenteuse active, dont les spectres se recouvrent partiellement, en particulier face aux germes habituels des bronchectasies (pneumocoques, staphylocoques, streptocoques).

De plus, le spectre de la Tétracycline-base est élargi par l'adjonction de l'Oléandomycine.

Enfin, la résistance à la Sigmamycine est lente à apparaître : ce fait, démontré expérimentalement par ENGLISH, étudié cliniquement par KNORR et WALLNER, revêt un intérêt théorique certain pour le traitement des poussées infectieuses des bronchectasies.

Les doses courantes (1 gr à 2 gr, 5 par jour, en dragées de 250 mg), la voie d'absorption font de ce nouvel antibiotique une arme facilement maniable.

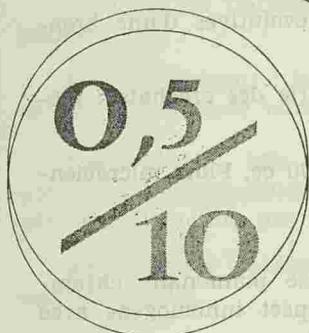
DIX BRONCHORRHEES TRAITÉES PAR UNE CURE COURTE DE SIGMAMYCINE

Nous avons traité dix tuberculeux, qui présentaient une bronchorrhée chronique importante, de 100 à 300 cc par jour, par une cure courte de dix jours, à la Sigmamycine :

Voici leurs observations résumées :

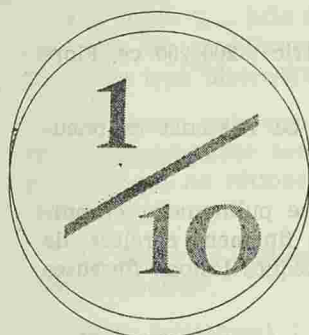
Cas 1. — M..., Mle 6246, 30 ans. Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale, à prédominance lobaire supérieure gauche.

DIAMANT



**l'amélioration attendue
dans l'antibiothérapie
journalière**

DIHYDROSTREPTOMYCINE **Pantothénique**



BIPENICILLINE DIAMANT

PRÉSENTATION

Nécessaire pour injections intra-musculaires

2 dosages 1 g - 1.000.000 u
0,50 g - 1.000.000 u

Remboursé S.S.-A.M.G. P. Classe "4 et 5"

R. DREUET - N° 64 - 207-8

**LABORATOIRES
DIAMANT**

63, BOULEVARD HAUSSMANN
PARIS 8^e ANJ. 46-30

TUNISIE — Ets H. BONAN et C^{ie} : 34, Rue de Marseille — TUNIS

Lésions destructives et fibreuses très importantes : le lobe supérieur gauche est détruit, on lit sur les clichés plusieurs ulcérations, et des bronches dilatées, déformées.

La trachée est attirée vers la gauche. A droite, nodules fibreux.

Ce malade a présenté plusieurs poussées évolutives d'une bronchorrhée purulente.

Au début du traitement : BK : +. Volumétrie des crachats : 120-150 cc. Flore microbienne banale.

Après traitement : BK : 0. Volumétrie : 50-70 cc. Flore microbienne presque nulle.

Cas 2. — S..., Mle 5645, 50 ans. Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale. Poumon opaque à gauche, d'aspect inhomogène avec quelques niveaux liquides.

Attraction trachéale et diaphragmatique importante. A droite, lésions ulcéro-fibreuses.

Au début du traitement : BK : +. Volumétrie : 200-250 cc. Flore microbienne banale.

Après traitement : BK : 0. Volumétrie : 150 cc. Présence de pneumocoques assez nombreux.

Cas 3. — M..., Mle 6091, 34 ans. Tuberculose pulmonaire chronique chez un diabétique. Lésions ulcéro-fibreuses finement cerclées, de type bulleux, occupant tout le poumon droit, quelques lésions fibreuses du tiers moyen gauche.

Au début du traitement : BK : 0. Volumétrie : 100-110 cc. Flore microbienne très abondante avec prédominance de pneumocoques, sensibles à la Chloromycétine et à la Terramycine, résistants à la Pénicilline et à la Streptomycine.

Après traitement : BK : 0. Volumétrie : 50 cc. Présence de quelques pneumocoques.

Cas 4. — M..., Mle 6362, 29 ans. Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale à prédominance gauche : le lobe supérieur gauche est détruit, ulcéré, retracts; la trachée est fortement déviée vers la gauche, Ulcération sous clavicule droite.

Au début du traitement : BK : +. Volumétrie : 250 cc. Flore secondaire banale.

Après traitement : BK : 0. Volumétrie : 150 cc. Flore presque nulle.

Cas 5. — A..., Mle 6646, 46 ans. Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale à prédominance droite. Le lobe supérieur droit est détruit par plusieurs ulcérations volumineuses, nodules à la base droite, lésions fibreuses à gauche.

Au début du traitement : BK : +. Volumétrie : 150-175 cc. Flore banale.

Après traitement : BK : 0. Volumétrie : 200 cc-180 cc. Présence de pneumocoques assez nombreux.

Cas 6. — A..., Mle 5797, 50 ans. Tuberculose pulmonaire chronique, lésions ulcéro-fibreuses bilatérales, siégeant dans les 2 lobes supérieurs, attraction des hiles vers l'apex.

Au début du traitement : BK : +. Volumétrie : 100-125 cc. Flore associée banale.

Après traitement : BK : +. Volumétrie : 100-120 cc. Flore peu importante.

Cas 7. — L..., Mle 5029, 46 ans. Tuberculose pulmonaire chronique chez un syphilitique. Lésions bilatérales à large prédominance droite, de type ulcéro-fibreux.

La fibrose pulmonaire est très marquée. Insuffisance respiratoire chronique aggravée lors des poussées de bronchorrhée purulente : poussées qui ne rétrocedent ni à la Terramycine, ni à la Chloromycétine.

Au début du traitement : BK : +. Volumétrie : 100 cc. Flore secondaire banale.

Après traitement : BK : +. Volumétrie : 160 cc-200 cc. Pas de flore associée importante.

Cas 8. — H..., Mle 1645, 32 ans. Tuberculose pulmonaire chronique. Lésions ulcéro-fibreuses et bulleuses des 2 lobes supérieurs. Attraction des hiles vers l'apex.

Au début du traitement : BK : +. Volumétrie : 150-200 cc. Flore microbienne banale.

Après traitement : BK : +. Volumétrie : 100-120 cc. Pas de flore à signaler.

Cas 9. — A..., Mle 6082, 45 ans. Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale à prédominance droite. Le lobe supérieur droit est détruit, fortement retracts. Le système bronchique lobaire supérieur est élargi, la trachée est fortement déviée vers la droite. Ulcération de type fibreux à projection juxta hilaire gauche.

LUGOCALCION A LA VITAMINE C

AMPOULES BUVABLES DE 10 CM³

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)

SANDOSTENE

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

ANTI-ALLERGIQUE

ANTI-PRURIGINEUX

DRAGÉES - SIROP

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e



DEPOSITAIRE GENERAL :

O.S.P., 10, Rue Amilcar - TUNIS

La bronchorrhée évolue depuis plusieurs mois et n'a été influencée ni par un traitement à la Cyclosérine, ni par la Terramycine.

Au début du traitement : BK : +, Volumétrie : 100-110 cc. Flore banale.

Après traitement : BK : +. Volumétrie : 100-110 cc. Pas de flore associée à signaler.

Cas 10. — S..., Mle 3528, 48 ans. Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale à prédominance droite, évidemment lobaire supérieur droit, avec forte attraction médiastinale, lésions ulcéro-fibreuses sous-jacentes; à gauche, lésions ulcéro-fibreuses apicales.

Au début du traitement : BK : 0, Volumétrie : 120-150 cc. Pneumocoques assez nombreux, résistants à la Pénicilline et Streptomycine et sensibles à l'Auréomycine, Terramycine, Chloromycétine.

Après traitement : BK : +, Volumétrie : 80-100 cc. Pas de flore microbienne à signaler.

TECHNIQUES D'ETUDE

1° Comment ont été choisis nos dix malades ?

Au cours du mois de décembre 1958, parmi 50 tuberculeux chroniques traités à l'hôpital, on a sélectionné les dix malades dont la bronchorrhée chronique était la plus abondante, la plus constante.

Ce qui explique que le volume de crachats indiqué avant traitement, comporte parfois deux chiffres : qui représentent la volumétrie moyenne des jours précédant l'instauration du traitement et le volume des crachats émis le jour du début de traitement.

De même, après la fin du traitement, la courbe de crachats a été étudiée : là aussi, les deux chiffres indiquent, l'un le volume du dernier jour de traitement, l'autre la moyenne de l'expectoration quotidienne une semaine après l'arrêt du traitement.

2° La dose de Sigmamycine employée a été la dose minima indiquée chez l'adulte, c'est-à-dire 1 gramme par jour, soit 4 dragées à 250 mgm en deux prises et cela pendant 10 jours.

Si l'on a choisi cette technique, c'est afin d'étudier les résultats d'une prescription de Sigmamycine en cures courtes et discontinues (comme l'on prescrit antibiotiques ou sulfamides) chez les malades présentant une bronchorrhée chronique, lors des poussées.

3° Il faut souligner que cette expérimentation très limitée ne peut encore donner lieu qu'à des interprétations fragmentaires car :

- la bronchorrhée des tuberculeux chroniques ne saurait être assimilée à une bronchorrhée purulente banale;
- il s'est agi de cas rebelles aux traitements symptomatiques habituels;
- enfin, il s'agit d'une première cure : il faudra déterminer si des cures courtes similaires peuvent être répétées avec autant d'efficacité, et savoir quand apparaît la résistance à la Sig-mamycine : on ne possède pas encore les moyens de se livrer à cette étude.

COMMENTAIRE

Pour résumer les résultats globaux de cette première tentative, on peut dire que sur dix tuberculeux chroniques, traités pendant 10 jours à la Sigmamycine pour une bronchorrhée abondante :

- six ont été améliorés (cas 1, 2, 3, 4, 8, 10);
- deux sont demeurés au même point : statu quo (cas 6 et 9);
- deux ont eu un échec total de cette médication antibiotique avec aggravation de la bronchorrhée (cas 5 et 7).

*
* *

Dans les dix cas, il s'agissait de tuberculoses chroniques évoluant depuis longtemps : le facteur âge ne semble pas être intervenu dans l'apparition ou dans l'aggravation d'une bronchorrhée sénile (6 malades avaient de 45 à 50 ans; les 4 autres avaient de 29 à 34 ans).

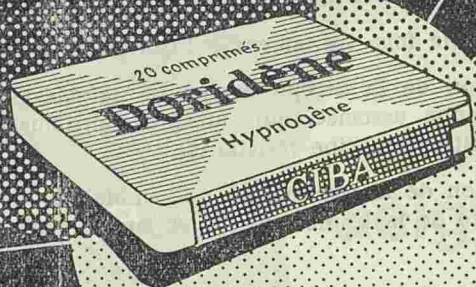
La bronchorrhée chronique n'était pas en rapport avec l'âge des tuberculeux, mais directement en rapport avec l'âge de la tuberculose et l'importance des délabrements bronchiques.

Chez tous nos malades, la tuberculose évoluait depuis plus de 12 mois, chez certains depuis trois ans.

La durée moyenne de leur maladie s'élevait à 21 mois.

Les délabrements bronchiques étaient très importants : neuf fois sur dix ces délabrements (élargissements, distorsions, coudures de la trachée et des bronches) étaient visibles sur le cliché pulmonaire standard.

Sommeil facile



Réveil lucide



CIBA

Ils accompagnaient des lésions destructives très importantes, au-dessus des ressources de la chirurgie en raison de la bilatéralité des lésions.

Lésions destructives ulcéro-fibreuses frappant deux fois un poumon tout entier (cas 2 et 3), deux fois les deux lobes supérieurs (cas 6 et 8) et les autres six fois un lobe supérieur (trois fois le lobe supérieur droit et trois fois le lobe supérieur gauche).

Les dix tuberculeux subissaient un traitement actif de leur tuberculose :

— Traitement tri-antibiotique : Rimifon - PAS - Streptomycine dans neuf cas,

— Traitement à la Cyclosérine trois fois, associé au précédent,

— Une seule fois, traitement à l'Isoniazide à hautes doses.

L'utilisation de la Streptomycine ne semble pas avoir réduit la flore microbienne associée, qui, lorsque l'antibiogramme a été fait, s'est révélée Streptomycine-résistante.

L'utilisation de la Cyclosérine ne semble pas avoir agi davantage sur l'intensité de la bronchorrhée et sur la flore microbienne associée

Dans deux de nos cas, d'autres antibiotiques généraux ont été utilisés sans succès dans les semaines précédant l'essai de la Sigmamycine : dans ces deux cas, on note aussi l'échec de la Sigmamycine.

*
* * *

La Sigmamycine semble devoir prendre une place de choix dans la gamme des antibiotiques utilisés en pneumologie.

Ce premier essai, pratiqué sur les plus « difficiles » des bronchectasies, révèle l'intérêt certain de la Sigmamycine dans un nombre non négligeable de cas.

Il permet d'escompter un résultat au moins équivalent, sinon meilleur, dans les broncho-pneumopathies non tuberculeuses (1).

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- 1° **Bronchorrhée, bronchectasie et tuberculose tertiaire**
 BARIETY, PAILLAS, OURY : *Etude anatomique des poumons enlevés par pleuro-pneumectomie (à propos de 86 cas)*. Revue de la Tuberculose, t. 20, 1956, nos 1-2, p. 1.

(1) Nous avons fait l'essai de la Sigmamycine sur un seul cas d'abcès du poumon; en douze jours de traitement, la flore microbienne a été « balayée » et les images radiographiques complètement transformées (nettoyage subtotal, devenu total au bout de 21 jours).



Traitement de l'Obésité

Préludine®

Modérateur de l'appétit

Geigy

Laboratoires Geigy Paris 16

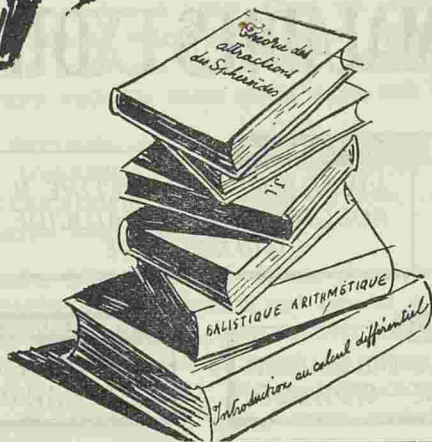
TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS

- BROCARD : *Les condensations pulmonaires des bronchectasies*. Revue du praticien, t. 7, n° 3, 21 janvier 1957, p. 249.
- BROCARD et GRIVAUX : *Algérie Médicale*, t. 61, n° 2, février 1957, p. 151.
- BRUN et COMBEY : *Les dilatations des bronches localisées*. Revue du Praticien, t. 7, n° 16, 1^{er} juin 1957, p. 1763.
- CHADOURNE : *La tuberculose des bronches périphériques*. Revue de la Tuberculose, t. 20, 1956, n° 3, p. 153.
- CHRÉTIEN : *L'enseignement apporté par l'étude des pièces d'exercice en tuberculose pulmonaire*. France Médicale, novembre 1957, n° 11.
- GIRARD, GRILLIAT et coll. : *De l'importance et de la fréquence de la tuberculose bronchique distale au cours de la tuberculose pulmonaire*. Revue de la Tuberculose, t. 19, n° 4, avril 1955, p. 331 (Bibliographie.)
- Suppurations et dilatations bronchiques*. Revue du Praticien, t. 7, n° 16, 1^{er} juin 1957.

2° Tétracycline, Oléandomycine et Sigmamycine

- BOISSIER : *La Tétracycline dans la pratique médicale*. Revue du Praticien, t. 6, 21 décembre 1956, n° 33, p. 3695 (Bibliographie).
- MORIN et NENNA : *Les maladies infectieuses en 1958. L'Oléandomycine*. Revue du Praticien, t. 8, 21 novembre 1958, n° 30, p. 3438 (Bibliographie).
- SOLIGNAC : *Un nouvel antibiotique : l'Oléandomycine*. Revue du Praticien, t. 8, 21 juin 1956, n° 18 (Bibliographie).
- La Sigmamycine en thérapeutique*. Minerva Médica, 25 août 1957. Instantanés Médicaux, n° 11, novembre 1957, p. 406.

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)



THÉRAPEUTIQUE

RHÔNE  POULENC

DES MALADIES EXOTIQUES

PALUDISME

NIVAQUINE · PRÉMALINE N
RODOPRÉQUINE · MALOCIDE
QUINACRINE

AMIBIASE

BÉMARSAL · RHODIACARBINE
ROVAMYCINE · STOVAR SOL

TRYPANOSOMIASE

LOMIDINE · MORANYL
ARSOBAL

PIAN

EXTENCILLINE · STOVAR SOL

LÈPRE

HYRGATHIONE · DISULONE

LEISHMANIOSE

GLUCANTIME · LOMIDINE

ANKYLOSTOMIASE

DIDAKENE · NOTÉZINE

SPRUE

FOLDINE

BILHARZIOSE

ANTHIOMALINE

FILARIOSE

NOTÉZINE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHÔNE-POULENC
INFORMATION MÉDICALE : 28, COURS ALBERT I^{er} · PARIS-8^e · TÉL. BALZAC 10-70.

La contribution du laboratoire au diagnostic des maladies à virus

D^r M. L. TARIZZO

Messieurs les Secrétaires d'Etat,
Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Je désire, avant tout, vous remercier de l'honneur que vous me faites en m'invitant à participer à cette séance de votre Société et je vous souhaite un grand succès dans vos activités dont le but est de développer et propager les connaissances dans le grand domaine des sciences médicales.

Le sujet de mon bref exposé est la contribution du laboratoire au diagnostic des maladies à virus. C'est un sujet d'actualité ayant une importance pratique étant donné qu'un laboratoire de virologie peut apporter une assistance réelle, non seulement dans l'étude et la prévention d'une maladie, mais aussi dans son diagnostic.

Durant les dernières années, des techniques nouvelles ont été mises au point, techniques qui sont à la portée de n'importe quel laboratoire raisonnablement bien équipé, et doté, cela va de soi, d'un personnel familiarisé avec ces techniques.

Avant de parler plus en détail de ces dernières, je voudrais rappeler que les récents développements ont permis de préciser l'étiologie de certaines maladies et d'isoler et de cultiver leurs agents pathogènes. Le résultat de ces développements tend, de plus, à faire de la virologie, une science et non un art. On a eu, pendant un certain temps, tendance à appeler maladie à virus toute maladie qui n'était pas clairement définie et pour laquelle on ne pouvait trouver une cause. Je parlerai uniquement aujourd'hui des « vrais » virus. Il est possible que d'autres maladies soient reconnues d'origine virale; mais cela est du domaine de la recherche et non de l'application pratique à laquelle je me limiterai dans cet exposé.

Un autre aspect de la question, sur lequel je n'insisterai pas, mais qu'il est nécessaire de mentionner, a trait aux contributions très importantes que le laboratoire de virologie apporte à la prévention et au contrôle des maladies épidémiques. Il suffira, pour cela, de rappeler la rage, la fièvre jaune et plus récemment la poliomyélite, pour mentionner trois maladies bien différentes comme caractère et comme problème.

Du point de vue diagnostic — pour aborder enfin le sujet — le

AFFECTIONS RHINOPHARYNGÉES

BUTOXANE

AU BENZODODECINIUM

VASO CONSTRICTEUR BACTERICIDE

sans action secondaire sur
le système nerveux central

Isobutoxy-2-aminopropane
(Sulfate)..... 1 g
Benzododecinium..... 0,05 g
Solution isotonique PH 7
aromatisée q.s.p..... 100 cm³



flacon
nébuliseur
remboursé
S. S.

CHANTEREAU

INNOTHERA

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

laboratoire peut, assez souvent, aider à confirmer un diagnostic ce qui, dans certaines maladies d'origine virale, n'est pas toujours simple à faire cliniquement.

Plusieurs maladies ont, en effet, une symptomatologie assez peu caractéristique, spécialement dans un pays dont la population est partiellement immunisée. Je citerai seulement comme exemple, et en me limitant aux maladies qui l'on a appris à connaître durant ces dernières années, les différentes formes d'encéphalite et d'encéphalomyélite. Ce sont là des maladies qui nécessitent ou ne nécessitent pas, selon le cas, des mesures rigoureuses d'isolement, de traitement et qui comportent des pronostics assez différents. Sans l'assistance du laboratoire, un diagnostic différentiel est souvent impossible.

La raison de mon séjour en Tunisie étant l'étude virologique du trachome, je veux faire ici une petite digression. Le trachome est, peut-être, un autre exemple de maladie qui nécessiterait l'aide du laboratoire pour permettre un diagnostic plus précis. Les symptômes cliniques sont typiques, bien sûr, mais — et ce n'est là qu'une opinion tout à fait personnelle — pourraient être ceux d'un syndrome et non d'une entité spécifique, ce qui expliquerait certaines différences d'évolution de la maladie, de pronostic et de réponse au traitement. Le laboratoire ne peut, pour le moment, qu'apporter une contribution très limitée au diagnostic, l'étude virologique du trachome étant encore dans la phase de recherche.

Pour revenir au sujet de cet exposé, le facteur le plus important, pour arriver à des résultats concluants, est la collaboration étroite entre le clinicien et le virologue. Il faut savoir ce qu'on peut demander, ce qu'il faut envoyer au laboratoire, de quelle façon, à quel moment, et savoir enfin, interpréter les résultats obtenus.

Les techniques qui sont à la disposition du laboratoire de virologie peuvent — en général — permettre, soit l'isolement du virus, soit la mise en évidence de phénomènes immunitaires par des réactions sérologiques. Ayant à faire à quelque chose d'extrêmement petit, à la limite en effet des possibilités théoriques d'observation optique, on ne peut, sauf dans certains cas, faire un diagnostic par observation microscopique des virus eux-mêmes.

Pour mieux préciser ce point, il faut rappeler l'ordre de grandeur des virus. Leurs dimensions sont d'environ 3 à 400 millimicrons pour les plus grands et 10 millimicrons pour les plus petits. Un millimicron est, je le rappelle, un millième de micron, c'est-à-dire un millionième de millimètre; ces dimensions ont été prouvées par différentes méthodes : ultrafiltration, ultracentrifugation, microscopie électronique, avec des résultats concordants. Or, la limite théorique de visibilité, mis à part les moyens techniques disponibles, est représentée par la moitié de la longueur d'onde de la source lumineuse utilisée. La longueur

d'onde du spectre visible est de 4 à 7.000 Å, c'est-à-dire de 4 à 700 millimicrons, ce qui nous donne une visibilité théorique seulement pour les virus les plus grands.

Tout cela ne signifie pas que la microscopie n'a pas d'applications; on peut souvent voir des inclusions qui sont, soit des colonies de virus, soit en partie au moins, une réaction de l'organisme. On peut encore baser un diagnostic sur les altérations histologiques lorsqu'elles sont typiques.

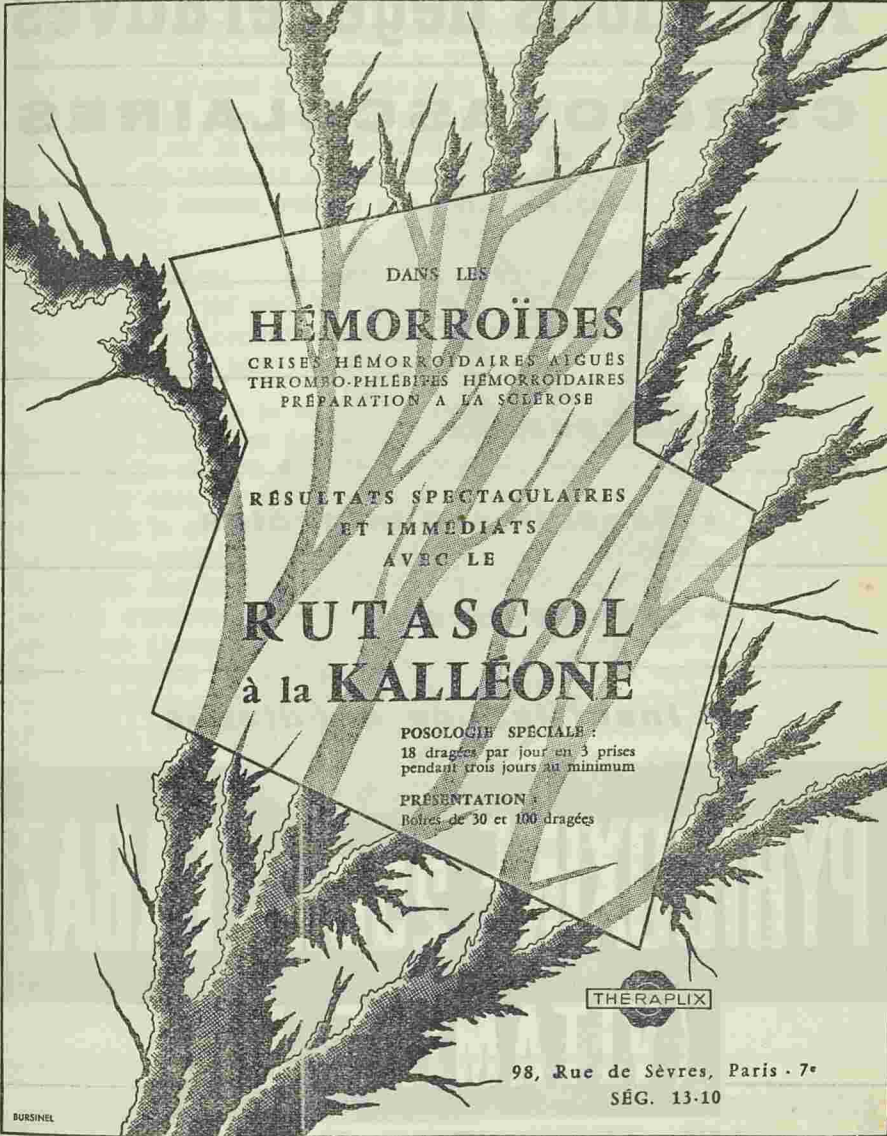
On préfère pourtant, en virologie, avoir à faire à quelque chose de plus typique, plus précis, dynamique et non statique, et surtout vivant, même s'il est invisible et si l'on doit se baser sur les effets provoqués par sa présence.

On revient ainsi à l'isolement des virus et aux réactions immunitaires. Chacune de ces deux techniques a ses avantages, ses indications et ses limitations. L'isolement est naturellement possible uniquement lorsque le virus est présent et accessible. Dans presque toutes les maladies à virus il y a une période de virémie initiale qui peut se prolonger même au delà de la période d'incubation. Dans les maladies transmises par l'intermédiaire d'insectes hématophages cette période correspond à la période d'infectivité. Dans d'autres maladies le virus peut être présent dans les sécrétions des muqueuses respiratoires, digestives ou sur les téguments; on peut alors l'isoler aussi dans un stade plus avancé de la maladie et même après que tout symptôme clinique ait disparu. Le matériel à envoyer au laboratoire pour un isolement dépend pourtant de la maladie suspectée et de son stade.

En ce qui concerne les réactions immunitaires, c'est là un phénomène général et la présence d'un virus, comme de tout autre agent infectieux a, comme conséquence, une réaction de l'organisme qui se manifeste assez souvent par la production d'anticorps. La présence d'anticorps n'indique pas toujours un état de résistance; mais permet de faire quand même un diagnostic.

Les techniques utilisées en virologie diffèrent un peu des techniques sérologiques générales. Il s'agit presque toujours de tests de déviation du complément, d'hémoagglutination, d'inhibition de l'hémoagglutination ou de neutralisation.

Il y a, du point de vue pratique pour le clinicien qui demande un test sérologique, deux considérations particulièrement importantes. Premièrement: les antigènes utilisés ne sont pas — ou presque jamais — absolument purs. Les virus étant, par définition, des organismes intracellulaires, il est presque impossible de préparer des antigènes qui ne contiennent pas des substances n'ayant rien à faire avec les virus eux-mêmes, et ce qui peut être gagné en spécificité dans la préparation d'un antigène viral est perdu dans sa sensibilité et vice-



DANS LES
HÉMORROÏDES
CRISES HÉMORROIDAIRES AIGUES
THROMBO-PHLEBITES HÉMORROIDAIRES
PRÉPARATION A LA SCLÉROSE

RÉSULTATS SPECTACULAIRES
ET IMMÉDIATS
AVEC LE

RUTASCOL
à la **KALLÉONE**

POSOLOGIE SPECIALE :
18 dragées par jour en 3 prises
pendant trois jours au minimum

PRÉSENTATION :
Boîtes de 30 et 100 dragées

Theraplix logo: a circle with a stylized 'T' and 'L' inside, with the word 'THERAPLIX' in a rectangular box below it.

THERAPLIX

98, Rue de Sèvres, Paris - 7^e
SÉG. 13-10

BUSSINEL

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

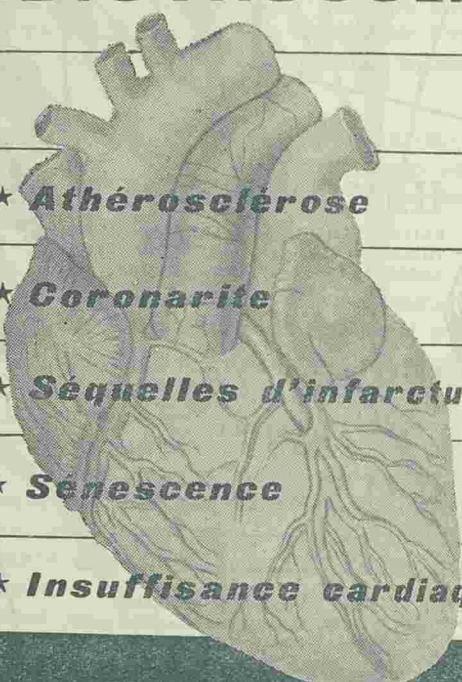
TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

CASABLANCA : 103, Rue Dumont d'Urville

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250_{mg} LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

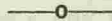
4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282 090

versa. Il ne suffit pas d'avoir un échantillon de sang, il en faut au moins deux, un premier prélevé le plus tôt possible dans le cours de la maladie et l'autre à peu près deux semaines plus tard. Le laboratoire alors, qui aura donné un premier résultat indicatif sur la base du test fait sur le premier échantillon, pourra confirmer ce résultat si le titre de positivité a augmenté. Pour des raisons de statistiques, on considère comme valable une augmentation au moins quadruple du titre.

Deuxièmement — et cette considération est une conséquence de la première — les échantillons de sang doivent être prélevés et préservés dans des conditions de stérilité, pour permettre leur préservation sans perdre leur réactivité.

De tout ce que je viens de dire on pourrait conclure que le diagnostic de laboratoire des maladies à virus est encore à un stade très rudimentaire et qu'il ne peut être fait qu'après un délai si long que le malade aura eu le temps de guérir ou de mourir. Cela n'est pas tout à fait le cas et j'ai seulement voulu citer des exemples pour permettre une meilleure appréciation des conditions permettant une collaboration intelligente et efficace. Il existe des techniques qui permettent d'arriver à un diagnostic de certitude dans 2 ou 3 heures seulement. Lorsqu'il faut attendre un jour ou deux pour un diagnostic de présomption et peut-être 2 semaines pour une certitude absolue, cela permet quand même une confirmation du diagnostic clinique et permet de justifier ou exiger même certaines mesures de prophylaxie, de traitement et de prévention qui, assez souvent dans les maladies à virus, s'imposent pour la protection de la santé d'une communauté. Je termine en soulignant que c'est toujours le laboratoire qui donne les moyens de mettre ces mesures en pratique.



BOROSTYROL

SOLUTÉ ALCOOLIQUE — POMMADE — HUILE — OVULES

TOUTES BRULURES — PLAIES ATONES

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

Laboratoires MAYOLY-SPINDLER

R. S. n. O. 50.785 B

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

Téléph. MAL. 66-37

Société Médicale de l'A. O. F.

—o—
SEANCE DU 9 FEVRIER 1959
—o—

« Deux cas familiaux de maladie de Werning-Hoffman », par J. SÉNÉCAL, P. BOUCHER et R. NICOLET.

Présentation de deux enfants noirs de 5 ans et de 6 mois (cousins germains), atteints de cette affection. Discussion nosologique.

« Enquêtes bactériologiques sur des diarrhées rencontrées à Dakar », par S. SÉNÉCAL, KERREST et L. AUBRY.

L'étude bactériologique de 150 cas de diarrhées infantiles révèle rarement une étiologie infectieuse. Les shigellas, les salmonelles et les escherichia coli ne se retrouvent pratiquement pas dans le groupe témoin. Par contre il est difficile d'affirmer le rôle pathogène des autres germes et en particulier du staphylocoque pathogène. Il semble bien exister un type spécial de diarrhée nutritionnelle.

« Les malformations du poignet chez l'Africain », par A. PELLEGRINO et R. JOLY.

Les auteurs ont examiné 1.000 clichés radiographiques du poignet d'Africains adolescents ou adultes. Ils ont observé 38 cas de synostose luno-pyramidale, 2 cas d'os triangulaire du carpe et 1 cas de Maladie de Madelung. L'examen de 560 radiographies du poignet de sujets de race blanche n'a montré qu'un seul os de synostose luno-pyramidale. La fusion de ces deux os, sans être l'apanage exclusif du noir, peut être considérée comme un caractère racial. Les auteurs étudient ensuite l'aspect radiographique des malformations rencontrées.

« L'opération de Bazy-Galtier modifiée par Bareat dans la Maladie de Madelung », par V. MAWUPE VOVOR.

L'opération qui consiste en une « résection de l'épiphyse cubitale luxée suivie de la taille d'un volet au dépens de l'épiphyse radiale inférieure (volet extracapsulaire que l'on rabat sur la masse du condyle carpien et que l'on fixe en arc-boutant par des greffons) », a donné dans le cas rapporté (jeune fille de 18 ans), un résultat morphologique et fonctionnel parfait.

« Sur une méthode clinique d'estimation du débit cardiaque », par P. KOATE.

La méthode de Stewart-Hamilton d'injection de T. 1824 a été renouvelée par l'introduction de l'électronique.

Au Laboratoire d'hémodynamique de notre Maître le Professeur P. BROUSTER, à l'Hôpital du Tondu, nous avons utilisé un appareillage réalisé sur place par le constructeur bordelais J. QUÉRÉ et qui permet, avec un minimum de manipulations et éventuellement au lit même du malade, le recueil de 25 échantillons artériels en 50 secondes, la détermination photométrique et l'inscription graphique auto-

matique des pics de densité optique de toute la série de prélèvements.

Il ne reste plus ensuite qu'à porter les données ainsi obtenues sur des coordonnées semi-logarithmiques pour pouvoir calculer :

- le débit cardiaque ou volume-minute;
- le temps circulatoire;
- le volume sanguin central.

Cette méthode, rapide et inoffensive, présente bien des avantages sur la technique de Fick, sur celle d'injection de substances radioactives et sur les procédés oxymétriques, tout en fournissant des résultats d'égale précision.



LABORATOIRES DEGLAUDE
 15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV*
 MÉDICAMENTS CARDIAQUES
 SPÉCIALISÉS

DIGIBAÏNE
 Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE
 Sédatif cardiaque

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais

**Traitement
NOUVEAU**



COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL

INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÈGLES DOULOUREUSES



ACTION IMMÉDIATE

Phénacétine	0.14
Caféine	0.04
Ac Acétyl salicyl.	0.10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P.H.R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

REVUE DE PRESSE.

« Alimentation et Diabète », par E. AZERAD et M^{lle} GOARANT. Presse Méd. 67, n° 7, 7 février 1959.

Le régime joue un rôle dans le traitement du diabète, mais les faits ne répondent pas à la conception un peu simpliste qu'on en a.

La glycémie et la glycosurie ne varient pas nécessairement en fonction de la quantité d'hydrates de carbone ingérés.

Ainsi les auteurs ont pu constater que le petit déjeuner (pourtant assez pauvre en H. C.) est suivi d'une glycosurie plus intense que celle qui suit le repas de midi plus chargé en glucides.

* *
* *

Rupture de l'aorte thoracique au cours d'une tuberculose pulmonaire. par Juan M. ESCUDERO VILLAR et José NEYRA RAMIREZ. « El-Torax » (Montevideo), VII, N° 3, septembre 1958.

Les auteurs présentent un cas de perforation de l'aorte thoracique chez un sujet de 62 ans traité pour une tuberculose pulmonaire à forme miliaire.

L'examen anatomopathologique de l'aorte a révélé l'existence d'une perforation de 2 cm. de diamètre, due à des lésions caséuses.

* *
* *

Essais thérapeutiques et premiers résultats cliniques d'un nouveau cytotatique, le D. G. 428, dans certaines affections tumorales, par A. RAVINA, T. GROSZ et M. PESTEL. « Presse Médicale », 67, n° 11, 28 février 1959.

Ce nouvel antimétabolite a été utilisé dans le traitement de diverses tumeurs. Il ne s'est montré efficace que dans des cas de cancers et surtout de papillomes vésicaux, dont plusieurs ont été nettement améliorés.

Ce corps paraît présenter de plus des effets anti-infectieux.

* *
* *

Traitement des périarthrites scapulo-humérales par les injections locales de Trypsine, par R. RUFFIE, A. FOURNIÉ et P. CUQ. « La Clinique », 54 n° 532, février 1959.

Les auteurs ont utilisé les injections locales de Trypsine dans les formes subaiguës et chroniques de périarthrites scapulo-humérales et pensent que cette thérapeutique a raccourci l'évolution de ces affections chez leurs malades.

≡≡≡ MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

ANALYSES

« **Pratique Pneumologique** » (Conduite diagnostique et thérapeutique), par Paul FRÉOUR et Maurice CERISIÉ, (L'Expansion, Ed.).

Peu d'auteurs ont osé consacrer l'autonomie de la Pneumologie par un livre distinct. Cet ouvrage est le deuxième du genre à avoir comblé cette lacune; le premier étant dû à l'Ecole parisienne avec Pierre BOURGEOIS et ses collaborateurs.

C'est un véritable mémento de 413 pages à l'usage de l'étudiant et du médecin. On s'initie avec une facilité étonnante aux éléments fondamentaux de la pathologie non tuberculeuse de l'appareil broncho-pulmonaire.

La topographie bronchique et la segmentation pulmonaire, les principes et les indications de la bronchoscopie, les données de la bactériologie constituent un préambule à une série de chapitres où les grands symptômes et les grands syndromes thoraciques sont exposés, tels qu'on les rencontre à l'interrogatoire ou à l'examen du malade. L'intérêt pratique est évident.

Une autre originalité de cet ouvrage est qu'il traite de manière très compréhensive, nullement rebutante, d'un chapitre d'actualité : les examens fonctionnels pulmonaires et son corollaire : les indications opératoires en chirurgie thoracique ainsi que le traitement des complications post-opératoires, immédiates et tardives.

Les tumeurs du médiastin, le cancer bronchique, la silicose et son indemnisation, la primo-infection et le B.C.G. sont également traités dans le même esprit d'exposition clair, concis et pratique.

Désormais, grâce à ce livre qui fait honneur à l'Ecole Bordelaise, on n'est plus pardonnable d'omettre de demander les examens complémentaires déterminés devant tel symptôme ou devant tel regroupement de signes. Remercions les auteurs d'avoir contribué par cet ouvrage attrayant à rendre l'étude de l'appareil broncho-pulmonaire à la portée de tous.

—o—

« **L'Allergie dans l'Asthme** », par R. PAUTRIZEL et G. GABANIEU. (Expansion Scientifique, Ed.).

Ce petit livre de 180 pages est un condensé des travaux entrepris par les auteurs pendant cinq ans et consacrés au problème passionnant des influences allergiques dans l'asthme. Les notions exposées sont toutes fraîches de l'expérimentation des auteurs qui vient de se terminer à peine au seuil de l'année 1959.

Il faut le lire pas à pas et savoir revenir fréquemment en arrière : l'allergie est une discipline nouvelle et les investigations réservent bien des surprises !

Les auteurs ne se sont pas contentés d'appliquer les tests de sensibilisation aux allergènes usuels ou parfois inattendus; ils ne se sont pas contentés d'enregistrer les résultats souvent contradictoires de la pratique des intra et des épidermo-réactions. Ils ont fait œuvre origi-

nale en confrontant l'investigation allergique avec l'examen fonctionnel pulmonaire. De la sorte, le déficit est chiffré et comparé avec l'état broncho-pulmonaire avant et après le test.

On reste rêveur devant la somme d'efforts exigés pour mener à bien pareille étude. Mais cet ouvrage a un autre intérêt plus immédiat : la guérison définitive de certains malades désensibilisés patiemment et rationnellement, sans recours à d'autres thérapeutiques que la pratique des tests et des désensibilisations spécifiques.

Grâce à cet ouvrage, l'étude de l'asthme et de l'allergie est éclairée d'un jour nouveau et il est permis d'en ressentir les effets chez les médecins et... les malades.

A. ZAÏMI.

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^e

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

LIVRES REÇUS.

« **Fractures et Luxations** », par le Professeur Paul MATHIEU.

Un vol. 13,5 x 21. 212 pages, 103 fig. 1.500 francs, Collection « Diagnostique - Pronostic - Traitement ». (L'Expansion, édit. Paris).

—o—

Traitement des suppurations uréthro-génitales et de leurs complications chez l'homme et chez la femme, par P. DUREL et A. SIBOULET.

Collection : B.T.M. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1959.
Un volume in-8° de 168 pages avec 69 fig. Prix : 2.100 francs.

—o—

Réanimation, par H. KILLIAN et A. DÖNHARDT.

G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1959.
Un volume in-8° de 286 pages avec 93 fig. Prix : 3.350 francs.

—o—

PETITES ANNONCES

Clientèle à céder, 100 km. de Toulouse, centre industriel ariégeois, médecine générale, Radio, U.V. Mobilier médical, grand logement confortable, grand jardin. Conditions à débattre.

Ecrire journal N° 25 qui transmettra.

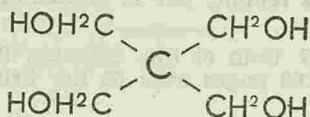
—o—

Appareil de radiologie « scopie et graphie », type clinix, de la Cie Générale de Radiologie, très bon état, à vendre. Nombreux accessoires.

S'adresser : Docteur Victor Ghouila-Houri, 2, rue Amiral Guépratte-Sousse.

auxiliaire de la nutrition

auxinutril



le médicament-régime

- paresse intestinale
- insuffisance hépatique
- hypotrophies
- athérosclérose
- convalescence

BOITE de 20 SACHETS

Remboursé par la Sécurité Sociale - p. classe 5

ADULTES

1/2 à 3 sachets par jour avant les repas

ENFANTS

1/4, 1/3, ou 1/2 sachet selon l'âge

(correspondant à 1/4, 1/3 ou 1/2 cuillerée à café)



DELAGRANCE

39, Bd de Latour-Maubourg - PARIS-7^e

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

CHRONIQUE DE L'O.M.S.

INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE MEDICALE

C'est à l'unanimité que le Conseil Exécutif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a donné son appui au nouveau programme de recherches scientifiques et médicales présenté par le Directeur général, le Dr M. G. CANDAU. Cette extension des activités de l'OMS, ont déclaré les membres du Conseil, est l'une des étapes les plus importantes qu'ait jamais abordées l'Organisation et ouvre de vastes horizons pour l'avenir de la santé internationale.

Ce programme avait été préparé à la demande de la 11^e Assemblée Mondiale de la Santé qui, à Minneapolis l'an dernier, avait décidé que l'OMS devait entreprendre des recherches pour approfondir les connaissances scientifiques sur les causes, le traitement et la prévention des maladies communes à toute l'humanité, notamment les maladies chroniques comme le cancer et les maladies de cœur.

Dans son rapport, le Dr CANDAU décrit six catégories principales de problèmes où la recherche internationale paraît, soit indispensable, soit hautement désirable :

1^o Certains problèmes ne peuvent être étudiés qu'à l'échelle mondiale, par exemple les mouvements démographiques, la description générique des populations, la mesure de la fréquence globale et de la fréquence des cas nouveaux de maladies. Certains problèmes, sans avoir une portée mondiale, ne sauraient être complètement étudiés que sur une large base régionale, par exemple le kwashiorkor et les maladies communes à tous les pays tropicaux.

2^o L'étude des maladies transmissibles communes à de vastes populations, parmi lesquelles de nombreuses maladies à virus et des infections telles que le paludisme ou la tuberculose, exigent également une collaboration internationale.

3^o Le cancer, la thrombose coronaire, l'hypertension, le rhumatisme articulaire et le diabète sucré appartiennent à une troisième catégorie, où la confrontation des expériences constituerait un puissant stimulant; des variations inexplicables dans la fréquence de ces maladies, la comparaison entre les niveaux de santé et de morbidité dans des milieux semblables ou dans des conditions économiques différentes, pourraient ouvrir la voie à de nouvelles connaissances de base. Il est urgent d'en entreprendre l'étude avant que les contrastes actuellement manifestés ne disparaissent par suite de l'évolution rapide des civilisations, ce qui réduirait à néant des possibilités de découvertes intéressantes.

4^o L'étude de certaines maladies peu répandues peut ouvrir de nouveaux horizons et donner des résultats pratiques allant bien au delà de leur application immédiate. Ainsi une forme rare d'hypertension pulmonaire a été signalée chez des populations vivant à plus de 4.000 mètres d'altitude; son étude pourrait projeter une certaine lumière sur le mécanisme de l'hypertension pulmonaire en général.

5^o Dans le domaine de la diffusion scientifique, de l'échange des connaissances et des techniques, l'OMS pourrait accélérer et faciliter les travaux des chercheurs.

6° Enfin, la collaboration internationale est nécessaire aussi dans les pays manquant des moyens de recherches indispensables, pour leur fournir les spécialistes et les moyens d'investigation nécessaires.

En conclusion, le Conseil a prié le Directeur général de soumettre un plan d'action détaillé à la 12^e Assemblée Mondiale de la Santé, qui s'ouvre à Genève le 12 mai prochain.

LE LABORATOIRE DE **L'ARHEMAPECTINE**

PRESENTE :

un produit nouveau, concentré et vivant

LEVURE lyophilisée GALLIER

(Licence Sarechio)

- REEDUCATEUR DU TUBE DIGESTIF
- VECTEUR DU GROUPE VITAMINIQUE B
- AGENT FAVORISANT LA CICATRISATION
- AUXILIAIRE DANS LE TRAITEMENT DES DERMATOSES

Dose forte et dose faible : Boîte de 4 flacons à 0,50 et 0,20 g.
P. Classe 14 et 8 — Sécurité Sociale

Laboratoire R. GALLIER, 1 b, Place du Président Mithouard, PARIS-7^e
SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

Arkébios - Basedowine - Daboïne - Kidargol - Kidoline - Kidophédrine
Gastro-Entéro-Pectine - Paraminan (dragées, ampoules, crème)
Paraminan-Salicylate de Sodium - Tot'Cobra

INFORMATIONS**III^e CONGRÈS MONDIAL SUR LA FERTILITE ET LA STERILITE**
AMSTERDAM, 7 AU 13 JUIN 1959

Les sujets étudiés sont :

- 1° La mort de l'Embryon;
- 2° Les facteurs hormonaux et les vitamines dans la Fertilité et la Stérilité;
- 3° Les valeurs relatives des techniques pour l'étude des fonctions endocrines dans la stérilité humaine;
- 4° La Biochimie et la Spermatogénèse;
- 5° Les problèmes psycho-sexologiques dans la stérilité.

La participation au Congrès est de 40 dollars U.S. pour les Membres et de 15 \$ pour les Membres associés.

Secrétariat : 4, St Agnietenstraat - Amsterdam-C. — Hollande

SOCIETE FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE

Siège : 63, Bd des Invalides — Paris-7^e

Un Congrès International de Phlébologie aura lieu en France, à Chambéry (Savoie), les 6, 7 et 8 mai 1960.

Sujets à l'étude :

1° *La Stase veineuse :* critique, analyse, définition (traitement exclu);

Rapporteurs : MM. les Professeurs COMEL, CURRI, JOURDAN, MALAMANI, MALAN, ZANNINI, WERTHEIMER, Professeur Agrégé SAUTOT, Dr G. FAUCON.

2° *Les douleurs dans les affections veineuses des membres inférieurs :* aspects cliniques, diagnostic, pathogénie (traitement exclu);

Rapporteurs : MM. les Professeurs COMEL, FONTAINE, HURIEZ, PIULACHS, Drs FORESTIER, GROSS, BRET, TOURNAY.

3° *La méthode sclérosante dans ses applications extravasculaires;*

Rapporteur : M. le Dr DUCHEIX.

Seules les communications se rapportant aux sujets seront acceptées.

Les langues officielles du Congrès seront le Français, l'Anglais, l'Allemand, l'Italien et l'Espagnol (traductions instantanées).

Vous pouvez dès à présent envoyer votre adhésion de principe et éventuellement le texte de vos communications :

SECRETARIAT : Dr J. MARMASSE, 3, rue de la République - Orléans - Loiret;

et

Dr S. BOURGEOIS, 8, boulevard du Théâtre - Chambéry - Savoie.

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

Ed. du CARQUOIS

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

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5x6 cm.

ULCÉOPLAQUE N° 2 7x9 cm.



Dans chaque boîte : 6 pansements
Pour 20 à 24 jours de traitement

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

COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX DE PARIS

—o—

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE GASTRO-ENTEROLOGIE
DE L'HOPITAL TENON

sous la direction de P. HILLEMAND, Médecin de l'hôpital Tenon

—o—

Pr. J. PATEL et
Pr. Agr. J. L. LORTAT-JACOB
Chirurgiens de l'hôpital TenonM. CONTE et R. DUPUY
Médecins de l'hôpital TenonA. BENSAUDE, G. BUREAU,
E. GILBRIN, R. VIGUÉ
Anciens chefs de clinique
à la Faculté de Médecine de ParisG. BRULÉ
Attaché de consultation
Y. BARRÉ
Médecin de l'hôpital de VersaillesR. CATTAN
Médecin de l'hôpital Saint-AntoineH. J. BERNARD
Electro-radiologiste

LUNDI 4 MAI 1959. — 9 heures : M. P. HILLEMAND, *Les varices œsophagiennes.* - 10 heures : M. R. VIGUÉ, *Présentation d'observations avec clichés.* - 11 heures : M. J. L. LORTAT-JACOB, *Indications des sphinctérotomies de l'oddi et du bas cholédoque.* - 15 heures : M. G. BRULÉ, *Possibilités actuelles de la chimiothérapie anticancéreuse en pathologie digestive.* - 16 heures : M. E. GILBRIN, *Présentation d'observations avec clichés.* - 17 heures : M. Y. BARRÉ, *Les hernies diaphragmatiques hiatales — Mise au point.*

MARDI 5 MAI 1959. — 9 heures : M. P. HILLEMAND, *Indications de la gastro-entérostomie pour ulcère. Ses complications.* - 10 heures : M. R. VIGUÉ, *Présentation d'observations avec clichés.* - 11 heures : M. R. DUPUY, *La gastrectomie favorise-t-elle l'apparition de la tuberculose pulmonaire ?* - 15 heures : M. P. HILLEMAND, *La tuberculose intestinale.* - 16 heures : M. E. GILBRIN, *Présentation d'observations avec clichés.* - 17 heures : M. E. GILBRIN, *Les accidents digestifs d'origine médicamenteuse.*

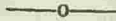
MERCREDI 6 MAI 1959. — 9 heures : M. J. PATEL, *Les fistules gastro-jéjuno-coliques.* - 10 heures : M. R. VIGUÉ, *Présentation d'observations avec clichés.* - 11 heures : M. M. CONTE, *Les syndromes carentiels après gastrectomie.* - 15 heures : M. P. HILLEMAND, *La maladie de Crohn : ses limites, sa thérapeutique.* - 16 heures : M. R. VIGUÉ, *Présentation d'observations avec clichés.* - 17 heures : M. R. VIGUÉ, *Les tumeurs inflammatoires du colon.*

JEUDI 7 MAI 1959. — 9 heures : M. H. J. BERNARD, *Les aspects radiologiques de l'ulcère de l'œsophage.* - 10 heures : M. E. GILBRIN, *Présentation d'observations avec clichés.* - 11 heures : M. G. BUREAU, *La médecine psychosomatique en pathologie digestive.* - 15 heures : M. P. HILLEMAND, *La recto-colite hémorragique.* - 16 heures : M. E. GILBRIN, *Présentation d'observations avec clichés.* - 17 heures : M. E. GILBRIN, *Les tumeurs villosités du tube digestif.*

VENDREDI 8 MAI 1959. — 9 heures : M. R. CATTAN, *Les jéjunites infectieuses subaiguës et chroniques.* - 10 heures : M. J. DURON, *Inté-rêt de la photocinématographie en couleurs en endoscopie digestive.* - 11 heures : M. A. BENSUADE, *Polype solitaire du rectum et polypes de l'enfant.* - 14 heures : M. A. BENSUADE, *Traitement des fissures et des fistules anales.*

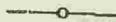
A la fin du cours un voyage d'études est prévu à Vichy et à Châtel-Guyon. Départ : vendredi 8 mai — Retour : dimanche 10 mai.

La participation aux frais du cours est de 3.000 francs. S'inscrire auprès du docteur VIGUIÉ, laboratoire Marcel-Brulé, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, Paris-XX^e.



SEMAINE CARDIOLOGIQUE INTERNATIONALE DE LA PITIÉ

(XII^{me} SESSION : DU 30 AVRIL AU 7 MAI 1959)



Organisée par le Professeur LIAN et le Docteur Henri WELTI, Chirurgien de la Pitié (Centre médico-chirurgical cardio-vasculaire de la Pitié), la Semaine Cardiologique Internationale de la Pitié aura lieu du 30 avril au 7 mai 1959.

Toute demande de renseignements devra être adressée au Secrétariat de la Semaine Cardiologique, Hôpital de la Pitié, 83, Boulevard de la Pitié, Paris-13^e.

Imp. BASCONE & MUSCAT — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

Une vraie solution de Corticostéroïde...

Solucort

21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODODECIUM

LABORATOIRES **CHIBRET** CLERMONT-FD. PARIS

ALLERGIE NASALE

ASTHME (AEROSOLS)

ALLERGIE OCULAIRE



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A. FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture : { Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI.

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et D^r A. KHALFAT.

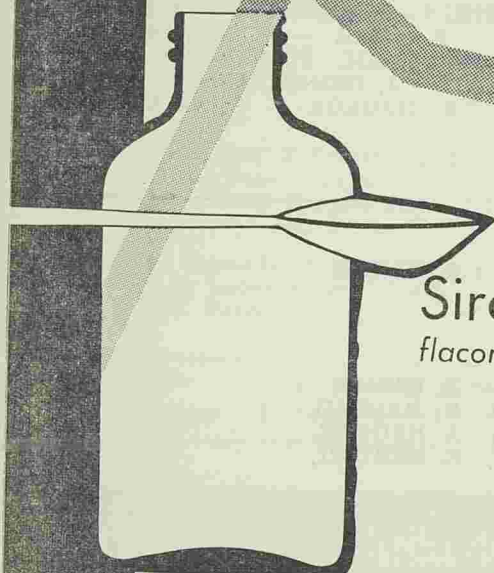
Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

*antibiothérapie voie orale
plus rapide - plus efficace*

Hexacycline



Sirop

flacon de 60 ml.
P. Cl. 12

Dragées

flacon de 16
P. Cl. 23

Remboursé S. S.

POSOLOGIE

adultes

en moyenne 1g par jour, soit 4 dragées

enfants

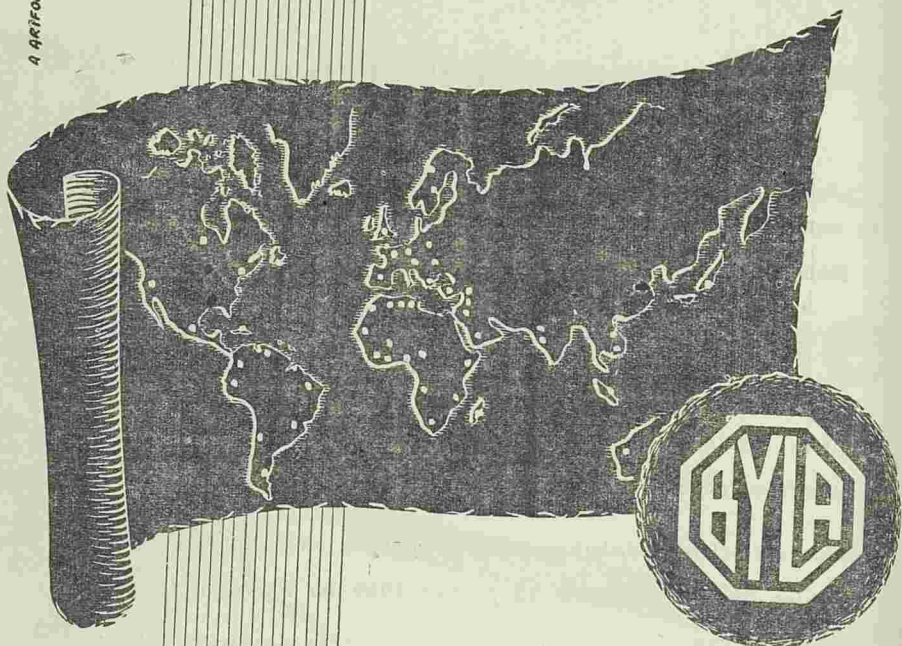
en moyenne 0,02g par kg de poids et
par jour (2 mesures pour 5 kg)

DIAMANT



LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63 BD HAUSSMANN, PARIS 8^e • ANJ. 46-30

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



HORMONES

VITAMINES

TONIQUES

VESIDRYL

CHOLERETIQUE

Insuffisance hépatique

Hépatite

Ictères

Constipation

Boîtes de 25 comprimés de 250 mg

LABORATOIRES BYLA . 20 RUE DES FOSSÉS . S^t-JACQUES . PARIS VI . ODE. 20 30

SOMMAIRE (2^{me} partie)

Société de Médecine de Paris 203

Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française (anciennement Société Médicale de l'A.O.F.) 205

INFORMATIONS :

Journées Médicales de France et de la Communauté 209

L'Aide aux Jeunes Diabétiques 210

Foire Internationale d'Utrecht 210

Chronique de l'O.M.S. 211



doloderm
baume analgésique

dérivé absolument inodore
du salicylate de méthyle

LABORATOIRE ROGER BELLON • NEUILLY - PARIS

TUNISIE : M. H. BONAN. 34. Rue de Marseille — TUNIS



le laboratoire français des stéroïdes

1959 CORTISONE ROUSSEL

1953 HYDROCORTISONE ROUSSEL

1955 CORTANCYL

1957 HYDROCORTANCYL

1959

DECTANCYL

21-acétate de 16 α -méthyl, 9 α -fluoro-deltahydrocortisone

**Toutes les indications de la
CORTICOTHÉRAPIE**

Flacon de 30 comprimés, avec barre de cassure,
dosés à 0,55 mg d'acétate de dexaméthasone
correspondant à 0,5 mg de dexaméthasone base.

Tableau A.

Prix: 1,870

Remboursé par la Sécurité Sociale.

DIFFUSION MONDIALE

Les Laboratoires Roussel, 35, Bd des Invalides - Paris VII

Alger: Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

Casablanca: Société marocaine des Laboratoires Roussel, 382 Bd
Mohammed-V

Tunis: O.S.P., 10, rue Amilcar

Les Cortisoniques en thérapeutique

Bilan et perspectives

par NACEUR HADDAD



La première observation clinique des remarquables effets de la corticothérapie remonte à septembre 1948. On donna à une femme de 29 ans, atteinte de polyarthrite ankylosante, 100 mg par jour de cortisone. Deux jours après, elle pouvait circuler en ville, toute raideur disparue. Cette observation qui remonte à 11 ans et qui est due à HENCH et KENDOLL apparut comme miraculeuse; elle faisait suite à des recherches conduites dans une voie tout à fait originale pour l'époque.

En effet, la connaissance des surrénales avait subi une longue éclipse, après les travaux d'ADDISON en 1855 qui montrait que leur altération provoquait la maladie à laquelle on a donné son nom et après les expériences en 1856 de BROWN-SEQUARD montrant que la surrénalectomie provoquait la mort. Ce n'est que depuis 1922, grâce à HOUSSAY et LEWIS dissociant médullo et cortico-surrénales et prouvant que seule celle-ci est indispensable à la vie que la cortico-surrénale a pris ses caractéristiques propres et son autonomie. D'une part, l'histologie précisait des zones auxquelles on voulait assigner des fonctions propres d'ordre sécrétoire; d'autre part, on préparait des extraits actifs dont on effectuait l'analyse et dont on préparait l'identification : c'est la période de la chimie des stérols et de l'identification des stéroïdes de la cortico-surrénale; la première, isolée en 1936, par KENDALL est la Corticostérone. On en compte actuellement une trentaine, tous de constitution chimique connue, mais tous ne sont pas déversés dans la circulation et il est probable que la plupart d'entre eux ne sont que des intermédiaires. Toutefois, quoi qu'on ait cru, il est douteux que tous dérivent d'une source de sécrétion unique, car on a reconnu 3 groupes doués de propriétés différentes, bien que possédant une structure de base commune; des variations de cette structure chimique de base déterminent des capacités fonctionnelles différentes. Cette structure de base est constituée par un noyau stérol formé de 3 hexagones et d'un pentagone. Les variations sont constituées sur ce squelette commun, fondamental, à 17 sommets de C, par la greffe de fonctions Cé-tone ou alcool, ou aldéhyde, ou de double liaison et de chaîne latérale.

Les groupes d'hormones stéroïdes propres au cortex surrénal sont les groupes :

1° Gluco-corticoïdes qui interviennent sur le métabolisme des glucides; à ce groupe appartiennent : Cortisone — Hydrocortisone,

2° Minéralo-corticoïdes qui interviennent dans le métabolisme des électrolytes; il semble que le seul représentant de ce groupe soit l'Aldostérone, toute existence en tant qu'hormone de la désoxycorticostérone étant actuellement niée.

Chimiquement on peut, grâce à des méthodes d'analyse très sensibles, séparer et apprécier les stéroïdes dans le sang veineux surrénalien; on peut même apprécier leurs produits de transformation dans le sang périphérique : ces produits de transformation tissulaire sont, soit sous forme libre, soit sous forme conjuguée, liés aux protéines plasmatiques; celles-ci favorisent leur pénétration dans les tissus où ils vont pouvoir accélérer ou inhiber un système enzymatique donné, sinon jouer eux-mêmes un rôle co-fermentaire. Inversement, leur action n'est pas subie passivement par ces tissus ou cellules : ils sont transformés et inactivés, catabolisés, puis éliminés sous forme de glycurono ou de sulfo-conjugués. C'est même leur excrétion rénale, sous forme de stéroïdes urinaires, qui permet de les classer en fonction de leurs précurseurs glandulaires et de tirer en pathologie, des déductions concernant la fonction sécrétoire : excessive, normale, ou insuffisante.

PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES ET EFFETS BIOLOGIQUES DES HORMONES CORTICO-SURRENALES

Il est utile de connaître les effets biologiques de ces hormones :

1) Encore que nous ne disposions pas de l'ALDOSTÉRONE, on doit lui reconnaître deux actions, établies à l'aide de la Doca avant même qu'elle fut isolée :

— La 1^{re} est un effet s'exerçant sur l'eau et sur les ions sodium et potassium : c'est elle qui règle les mouvements de l'eau et de ces cations. On sait que l'eau, dans l'organisme, se répartit en un compartiment intracellulaire et en un compartiment extracellulaire; celui-ci se décompose en 2 parties :

- liquides interstitiels dans lesquels baignent toutes les cellules, ces liquides étant limités par les membranes cellulaires et par les parois des capillaires;
- secteur plasmatique qui comporte des organes au niveau desquels s'opèrent des échanges avec le milieu extérieur (poumon, rein en particulier).

— Entre le secteur plasmatique et les liquides interstitiels, s'établissent des transferts qui obéissent aux règles de la diffusion et des pressions hydrostatique et osmotique. Mais entre le secteur interstitiel et le secteur intracellulaire, si ces mêmes règles s'appliquent, s'ajoute un transfert actif d'électrolytes : le potassium est attiré à l'intérieur de la cellule où il est lié aux molécules protido-glucidiques, quand le

ANDROTARDYL-ŒSTRADIOL

(œnanthate de testostérone + valérianate d'œstradiol)

*traitement équilibré des troubles
de la*

Ménopause

l'injection mensuelle supprime :

les troubles neuro-végétatifs

les troubles psychiques

les troubles trophiques

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUFFren 54-94

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

sodium en est chassé. Et tous ces phénomènes doivent s'exercer de manière régulière, constante, sauvegardant le volume du liquide circulant et la composition chimique du milieu intérieur, quels que puissent être les facteurs de déséquilibre (ventilation pulmonaire, dépenses énergétiques accrues), c'est-à-dire maintenant la constance du pH, de la pression osmotique du plasma et surtout du volume circulant : ce volume dépend étroitement du métabolisme du sodium, principal ion extracellulaire, et de sa réabsorption dans le rein. On admet donc que cette réabsorption est réglée par l'aldostérone mais on ne sait pas où se trouvent les agents qui renseignent sur les variations du volume circulant plasmatique, qui par exemple, en cas de diminution du volume de l'éjection cardiaque, déterminent une sécrétion accrue de l'aldostérone, une réabsorption et une rétention de sodium et au contraire une fuite de potassium.

La deuxième action de l'Aldostérone est un effet tissulaire et c'est à SELYE que l'on doit la description de ces phénomènes, faite avec la Docca :

a) aggravation des phénomènes inflammatoires :

- cellulaires : réaction histoplasmocytaire, croissance des fibroblastes;
- vasculaires : vaso-dilatation, exsudation et diapédèse;
- humoraux : formation d'anticorps et action fibronolytique et hyaluronidasique entraînant la dépolymérisation de la substance fondamentale;

b) apparition de lésions viscérales, surtout d'ordre vasculaire à type d'endartérite proliférante, de nécrose hyaline de la média, hyperplasie fibroblastique et déterminant : néphroangiosclérose, nodules d'Aschoff, sclérose interstitielle.

2° Les hormones protido-glucidiques :

a) ont une action métabolique incertaine sur le métabolisme de l'eau ou en tout cas inconstante; la seule certitude est la fuite intense du sodium.

Mais ils ont une action catabolique marquée sur les protides avec, pour corollaire, une action anabolique importante sur les glucides. C'est qu'ils mobilisent les protéines, les dégradent jusqu'au stade des acides aminés et, au stade d'acide lactique ou pyruvique, permettent d'aboutir à une reconversion en molécules de glucose-6-phosphate, molécules qui se polymérisent en glycogènes et sont fixées dans le foie;

b) quant à leur action tissulaire, elle est à l'inverse de l'Aldostérone : en effet, elle contrecarre les effets de celle-ci, empêchant les lésions histologiques et tous les processus inflammatoires. Inhibant l'hyperplasie des fibroblastes et jusqu'à leur croissance, elle limite les efforts de cicatrisation. Empêchant la formation des anticorps, elle tend à inhiber les réactions de défense et à empêcher toute défense cellulaire ou humorale.

NOUVEAU

Hypovitaminoses B
post-traitements sulfamidés et antibiotiques
Décholestérinisation
Syndromes entéritiques
Polynévrites

ENTÉROSPASMYL
vitaminé **FORT** comprimés

chaque comprimé contient

B₁ = 25 mg.
B₂ = 2 mg.
P.P. = 40 mg.

Complexe B à hautes doses



TUNISIE : O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

3° Outre leurs effets sur le métabolisme de l'eau, des glucides et des protides, outre leur activité inflammatoire et anti-allergique, les hormones du groupe glucido-protidique :

- augmentent l'excitabilité du système nerveux central peut-être par un effet de membrane et une action électrolytique;
- stimulent la sécrétion gastrique d'acide chlorhydrique et de pepsine;
- ont une action puissante sur le système hémopoïétique : stimulante sur les hématies et les polynucléaires neutrophiles, inhibante au contraire sur les lymphocytes et les polynucléaires éosinophiles ;
- exercent une influence habituellement inhibitrice sur les autres glandes endocrines.

CONTROLE DE LA SECRETION CORTICO-SURRENALE

Ces hormones cortico-surrénales ne sont pas, ni dans leur sécrétion, ni dans leur utilisation, laissées à elles-mêmes; elles sont contrôlées par une hormone hypophysaire découverte en 1943 par SIMPSON et EVANS. L'intérêt réside dans les interrelations hypophyso-surrénales. La première preuve en fut fournie par EVANS et SMITH en 1924, qui ont montré que les surrénales s'atrophient si on supprime l'hypophyse et que, inversement, elles reviennent à la normale si on injecte des extraits hypophysaires; mais ce que l'on ne sait pas, c'est si les stimulines hypophysaires portent sur tous les groupes d'hormones cortico-surrénales ou sur le seul groupe des 11 oxycorticostéroïdes car, dans un cas, on admet l'unicité de la sécrétion surrénalienne et dans l'autre on admet le principe d'une spécialisation des 3 couches : glomérulée, fasciculée et réticulée de la Cortico-surrénale. Quoi qu'il en soit, d'une part, l'individualisation de l'Aldostérone nécessite de nouvelles recherches et, d'autre part, la clinique a montré l'intérêt qu'il y a à utiliser l'effet de relance de l'ACTH au cours des corticothérapies prolongées.

LES DERIVES MODERNES DE LA CORTISONE

L'expérimentation animale et l'expérience humaine ayant montré l'existence d'effets secondaires souvent graves, on a cherché, en apportant des modifications à la molécule, à minimiser ces effets nocifs sans atténuer ses propriétés thérapeutiques.

Ainsi, la substitution d'un atome halogéné au Carbone en position 9 donnait un dérivé synthétique ayant des propriétés anti-inflammatoires dix fois plus puissantes que l'hydro-cortisone (9 alpha fluoro-hydrocortisone) mais on ne pouvait l'utiliser que par voie locale.

spécialisés

depuis

30 ans

dans la

vitaminologie

les laboratoires roche

10, rue crillon, paris 4^e — arc. 91-10

rappellent la vitamine

K₁

roche

Puis HERZOG et NOBILE découvraient le groupe des prednisones et prednisolones, ou Delta-Cortisone et Delta-hydro-cortisone, qu'ils obtenaient par l'introduction d'une double liaison entre le 1^{er} et le 2^e atomes de Carbone. Avec ces dérivés, on obtenait une dissociation des effets de la Cortisone : intensité des pouvoirs anti-inflammatoire et glucido-protidique dix fois plus puissante mais sans augmentation concomitante notable de l'activité minéralo-corticoïde. Ce dérivé permettait aussi de réduire la dose utile.

Puis vint un nouveau dérivé, le triamcinolone; où les effets minéralo-corticoïdes étaient plus réduits encore et qui pourrait constituer une thérapeutique d'appoint pour l'évacuation des œdèmes. On l'obtient, à partir de l'hydrocortisone, en substituant un atome fluor au Carbone 9, en introduisant une double liaison entre le 1^{er} et le 2^e Carbone; en introduisant enfin un groupement hydroxyle en 16 : c'est la 9 alpha fluoro 16 alpha hydroxyprednisolone.

Enfin, la substitution, sur le triamcinolone, d'un groupement methyl CH₃ en 16 au groupement hydroxyle, par ARTH et SARRETT, donnait un nouveau dérivé, l'hexadécadrol ou décadron possédant les mêmes caractéristiques anti-inflammatoires, dépourvu de pouvoir rétentionnel sodique notable, capable de s'opposer même à la sécrétion excessive d'aldostérone, et, fait extrêmement précieux, manifestant sur l'anabolisme glucidique un pouvoir dix fois moins marqué que l'hydrocortisone, à des doses utiles du dixième ou du quart de milligramme.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ainsi les nécessités thérapeutiques ont-elles stimulé la recherche et ont-elles contribué à étendre les indications de la Corticothérapie, du fait qu'elles en diminuaient les revers et les contre indications relatives. Il n'y a pas de paradoxe à affirmer que, à la suite de cette extension, il est plus aisé de dénombrer les maladies où cette thérapeutique ne trouve pas à s'appliquer que d'énumérer celles où elle s'applique. C'est en raison de cette extension même qu'il importe de connaître les indications de la Corticothérapie, celles que justifient ses effets pharmacodynamiques et biologiques. Quelles sont les indications absolues et relatives ? Quelle est la posologie opportune et quelle est la conduite du traitement ? Quels résultats peuvent être espérés ou obtenus et quels sont les dangers auxquels peut exposer ce traitement ?

Il apparaît à l'évidence, d'ores et déjà, que l'effet thérapeutique des corticostéroïdes n'est nullement spécifique d'une maladie ou d'un groupe de maladies : c'est un effet anti-inflammatoire qui s'exerce sur les réactions d'hypersensibilité produites par des agents irritants divers. S'exerce-t-il sur un facteur non encore identifié, qui soit commun à ces états morbides, cela est possible, non prouvé.

Sommeil facile



Réveil lucide

**HYPNOGENE
NON BARBITURIQUE**

CIBA

D'autre part, ces corticoïdes n'ont aucune action bactériostatique; encore moins d'action directe antagoniste sur des agents irritants ou nocifs, toxines ou allergènes et leur action apparaît comme consécutive à une modification de la réponse tissulaire à ces agents agressants.

L'action des corticoïdes, en troisième lieu, n'est pas curative. Tout se passe comme s'ils atténuaient l'intensité du processus pathologique en cause, ou l'intensité de ses manifestations tant au point de vue clinique que biologique, comme s'ils se comportaient en trompe-l'œil, sans guérison réelle; si bien que dans les affections chroniques d'une part, leurs effets sont transitoires et cessent avec eux quand on interrompt le traitement; d'autre part, même si on ne le suspend pas, la maladie peut échapper à leur contrôle, devenir réfractaire de manière momentanée ou définitive; enfin, que le processus interne peut s'aggraver alors même que les résultats cliniques sont apparemment bons.

Dernier point, l'administration prolongée des corticoïdes détermine toujours une inhibition de la fonction sécrétoire du cortex surrénalien, mise en sommeil réversible mais qui justifie la prise de mesures préventives ou protectrices.

Ces principes, soulignés récemment encore par BOLAND, sont effectivement considérés par tous les praticiens comme la règle d'or de la prescription, comme le prélude à toute réflexion avant prescription. Elles l'obligent à affermir son diagnostic étiologique, à bien poser ses indications, à bien choisir le moment du traitement, à rechercher une couverture d'antibiotiques et surtout à rechercher avec une attention soutenue, sous un masque de bien-être, les signes possibles d'une évolution sous-jacente d'autant plus dangereuse, à éviter que les cortisoniques ne deviennent une thérapeutique de paresse et de périlleux optimisme.

Il faut rappeler ici que leur action s'exerce sur les caractères non spécifiques de l'inflammation, que celle-ci soit de type exsudatif ou prolifératif, localisée ou diffuse, mais traduisant le pouvoir réactionnel de l'organisme en face d'une agression.

Il faut rappeler aussi que cette réaction peut être opportune, adaptée mais qu'elle peut être aussi excessive et monstrueuse, relativement à l'action qui la provoque; le mérite de SELYE, quelles qu'aient pu être abusives les généralisations et les extensions de sa théorie, est d'avoir montré qu'une réaction naturelle, quand elle dépasse son objet, peut créer une nouvelle pathologie qui s'ajoute à l'agression causale ou même se substitue à elle.

- Ainsi des états de choc avec épuisement suraigu, et parfois mortel.
- Ainsi des maladies chroniques à STRESS répétés, même s'ils sont minimes.

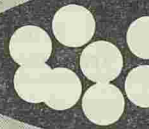
ULCÈRES GASTRIQUES
MALADIE DE PARKINSON
ASTHME

BIEN TOLÉRÉ · EFFICACE · TRÈS MANIABLE

NOUVEL ANTISPASMODIQUE

Roxytropy

4 à 8 comprimés par jour
Boîte de 50 comprimés P. C. L. 3



LABORATOIRES ROQUES, 36, rue St-CROIX-de-la-BRETONNERIE, PARIS IV^e - ARC. 52-78
Remboursé S. S.

Spasmes

de toutes natures

GOUTTES **ADOL**
ANTISPASMODIQUES

*à base de teintures de Belladone, Jusquiame
et Salsepareille, Bromure d'Ammonium
et Phényl-éthylmalonylurée*

30 gouttes: 0,02 ctg de Phényléthylmalonylurée et 0,10 d'Am. Br.

Laboratoires **JUGLANE-ADOL** 8, rue Jaboulay - LYON

Utiliser les cortisoniques dans ces circonstances, correspond donc à harmoniser les processus de réaction de l'organisme, à les adapter à leur objet et cela de la même manière non spécifique; ce n'est pas un des moindres paradoxes de cette thérapeutique que de prétendre à limiter les possibilités réactionnelles, au lieu de les stimuler. Elle trouve dans ce paradoxe ses justifications, ses limites et ses dangers.

— Parmi ses justifications citons entre cent autres, la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse où elle fait disparaître l'important cortège de signes généraux et fonctionnels et permet au praticien de se trouver, en quelque sorte, en tête à tête avec la lésion spécifique et de s'expliquer avec elle.

— Parmi ses limites, citons l'asthme, entre autres maladies allergiques, où son intervention, même efficace, n'est le plus souvent que passagèrement transitoire et ne résoud en rien le problème de l'allergène et de ses retours offensifs; le problème de la durée de la maladie et de ses évolutions; le problème des complications qu'entraîne cette évolution prolongée; citons aussi le mononucléose où l'arrêt du traitement permet au syndrome de réapparaître au complet.

— Parmi ses dangers, précisément, outre la fausse sécurité qu'elle peut suggérer, et outre l'épuisement éventuel de son action, il faut insister sur le fait qu'à limiter les possibilités réactionnelles de l'organisme, à bouleverser ses métabolismes, elle peut contribuer à le laisser offert à une infection latente.

Cela étant dit, le bilan reste positif et pourvu que l'on garde bien présents à l'esprit ces principes de base, le bilan sera plus brillant encore quand on pourra disposer en particulier des nouveaux dérivés.

Il ne saurait être question dans cet exposé de passer en revue les articles du palmarès de la Cortisone en thérapeutique. Nous nous bornerons donc à quelques têtes de chapitres, sans entrer dans un détail fastidieux.

LES MALADIES INFECTIEUSES

L'intérêt des cortisoniques réside d'abord dans le renfort qu'ils apportent au cortex surrénal à un moment où les besoins de l'organisme en glucide-protides sont extrêmement importants; le cas le plus typique est celui où il y a destruction anatomique ou épuisement fonctionnel des surrénales tel qu'on le constate dans le syndrome de Waterhouse-Friedrichsen, mais aussi dans toutes les maladies infectieuses qui s'accompagnent d'une forte production de toxines, d'un syndrome malin, d'une hyperergie si soudaine et si massive que l'organisme en pâtit peut-être plus encore que de l'agent infectieux originel. Il semble d'ailleurs que, par un processus inconnu mais qui serait indirect, les cortisoniques sensibiliseraient les agents pathogènes à l'action des antibiotiques. BENHAMOU suppose même qu'ils contribueraient à débusquer

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

Ed. de CARQUOIS

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 **leu cocytose**.

Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

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

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

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph^m, 76, r. des Rondeaux - PARIS

de leurs gîtes ces agents pathogènes, à les offrir à l'action, en terrain découvert, dans la circulation, des antibiotiques « en rase campagne »

Pour ces raisons on les associe à l'antibiotique voulu, lors d'un traitement d'attaque énergique pour ensuite en diminuer progressivement les doses, sans interruption brutale, mais en poursuivant après leur interruption, l'antibiothérapie.

Les succès de cette méthode sont bien connus à Tunis, illustrés par DURAND, RENOUX, KHIARI, BENMUSSA, DIDIER, HAMZA, DANA entre autres; typhoïde, fièvre de Malte, méningite cérébro-spinale, septicémie à staphylocoque même, endocardites. Il n'est pas jusqu'à la tuberculose dans toutes ses localisations, où la corticothérapie ne s'impose aujourd'hui; en deux mois, on peut obtenir, dans la méningite tuberculeuse, une formule normale du liquide céphalo-rachidien. Les indications se sont élargies en tuberculose pulmonaire; elles trouvent place dans ses formes aiguës exsudatives, mais aussi dans ses poussées évolutives surtout récentes et dans les troubles de la ventilation d'origine ganglionnaire.

LES MALADIES ALLERGIQUES

De grands espoirs avaient été fondés sur la Corticothérapie dans les maladies allergiques dont l'intérêt s'est tellement accru au cours des dernières années. En effet, toutes les manifestations de l'allergie relèvent d'un mécanisme unique; asthme, urticaire, migraine peuvent être la résultante d'un seul et même allergène. La manifestation clinique est due au contact renouvelé de l'allergène avec un anticorps constitué lors d'un contact antérieur et à la libération d'histamine qui en résulte. On pouvait être tenté d'utiliser la Cortisone, d'une part, pour équilibrer la réponse de l'organisme à la brutale libération d'histamine et, d'autre part, pour empêcher cet organisme d'accumuler de l'histamine. Un pas de plus, et entrant dans l'immunologie avec la notion d'auto-anticorps, on acquerrait la notion d'un mouvement sans fin, déterminé par un organe devenu auto-antigénique, formant sans cesse ou par intervalles des anticorps et entretenant la maladie. Cette hypothèse est en passe de devenir une notion confirmée comme en témoignent de récents travaux sur les leucoses; mais en matière d'asthme, d'allergies alimentaires, de dermites, de coryza et de rhinite, de conjonctivite et de kératite, les corticoïdes restent une arme symptomatique, sans effet sur l'allergène causal. Ils ont pu donner des résultats miraculeux; il est rare que ces résultats soient définitifs. Même, il est fréquent de constater que la thérapeutique est ici fonction de ce qu'en attend le malade, fonction de ses espoirs ou de ses appréhensions.

Actuellement, dans l'asthme, on s'accorde à utiliser les cortisoniques dans trois cas :

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

FICARMONE

INJECTABLE
5.10 ET 25 AMPOULES

FICARMONE
"crudum"

BUVABLE
6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM³
COFFRET DE 18 AMPOULES

LABORATOIRE DE



L'ENDOPANCRINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS

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

- 1° les accès aigus, suffocants et les crises subintrantes;
- 2° les asthmes chroniques et spécialement du vieillard menacé de verser dans le cœur pulmonaire chronique;
- 3° l'asthme compliqué, comme traitement de renfort des antibiotiques.

Mais il faut se rappeler qu'en général, dans l'asthme, dans l'eczéma, dans les rhinites allergiques, il existe une très grande tendance à utiliser la corticothérapie, à surenchéir sur la maladie.

Il n'en est pas de même dans les maladies para-rhumatismales ou maladies du collogène pour cette raison qu'elles sont plus rares et que leur diagnostic est beaucoup plus difficile : ainsi de la péri-artérite noueuse que nous ne citons que pour mémoire et surtout du lupus érythémateux dont le pronostic a été transformé depuis la corticothérapie, mais où la conduite du traitement est très délicate, et, plus encore, son interruption.

LES MALADIES DU SANG

C'est certainement aussi sous l'angle immunologique qu'il faudra un jour, rapporter l'ensemble des bons résultats obtenus par les cortisoniques dans la plupart des maladies du sang.

Cela est certain dans les purpuras thrombocytopéniques secondaires et supposés idiopathiques où, sous leur protection, l'on peut soit attendre la rémission spontanée et éviter la splénectomie, soit effectuer cette splénectomie avec le maximum de sécurité, soit compléter par eux les effets de la splénectomie.

Cela est certain aussi dans les anémies hémolytiques acquises (puisqu'on peut en mettre en évidence les anticorps responsables).

Enfin, les corticostéroïdes sont largement utilisés dans les leucémies de toute sorte où ils permettent des rémissions variables, sauf dans la variété myéloïde à laquelle au contraire ils ont pu donner un coup de fouet et dans les tumeurs ganglionnaires, du Hodgkin au lymphosarcome.

Dans toutes ces maladies, la cortisone et ses dérivés doivent être employés à dose forte, au début, avec abaissement progressif de la posologie ensuite, jusqu'à une dose de maintien sans cesse sujette à révision.

LES MALADIES RHUMATISMALES

Depuis l'observation princeps de HENCH et KENDALL, la conduite du traitement de la polyarthrite chronique évolutive a fait l'objet d'études systématiques, centrées surtout :

1° sur le choix des maladies, sur la sévérité du processus, sur l'évolution propre de l'affection, évolution qu'on ne peut prévoir ni dans ses rémissions ni dans ses rechutes, encore moins dans sa durée;

2° sur la posologie et sur la conduite du traitement.

En ce qui concerne les maladies subaiguës, on tend à admettre que :

- a) l'on doit d'abord avoir recours à l'aspirine et aux sels d'or;
- b) que c'est seulement devant l'échec de ceux-ci et devant les douleurs fortes et la menace d'un rendement diminué que l'on doit recourir à la corticothérapie;
- c) que toutefois, il ne faut pas attendre les phénomènes de subluxation ou d'ankylose.

Le traitement, en effet, une fois entrepris, peut être un traitement de longue haleine avec tous les aléas qu'il comporte.

Le traitement d'attaque tend à supprimer la douleur et l'inflammation; il est fait pendant deux à quatre semaines environ.

On tend à régler ensuite la posologie de telle façon, par diminution lente, que l'on maintienne l'amélioration obtenue. Cette posologie de maintien peut être réajustée selon l'évolution de la maladie; elle ne doit pas moins être poursuivie de façon plus ou moins indéfinie sous contrôle de la vitesse de sédimentation.

Ces faits sont connus, nous n'y insisterons donc pas. Disons que les résultats sont bons dans près des deux tiers des cas, ces résultats concernant d'ailleurs les formes encore peu évoluées; que le tiers restant concerne surtout les formes anciennes, où les inconvénients des cortisoniques débordent leurs avantages à la dose nécessaire. Mais il est juste de dire que les formes évoluées se font de plus en plus rares précisément parce que la maladie est, de plus en plus, prise à son début et que ce n'est pas là le moindre mérite de la Corticothérapie.

Un progrès a été apporté par l'usage des prednisones et prednisolones dans ces traitements prolongés en raison de leur faible tendance à provoquer la rétention du sel et de l'eau. Encore faut-il signaler leur plus grande tendance à déterminer plus facilement des ulcères gastro-duodénaux.

Un plus grand progrès sera obtenu avec la Triamcinolone, qui n'aurait pratiquement pas de pouvoir rétentionnel en eau et en sel et n'a que peu d'effet irritant sur la muqueuse gastro-duodénale.

Mais, pour se résumer, dans les maladies allergiques et dans les maladies rhumatismales, il semble que la tendance actuelle soit à la circonspection et à la limitation de la Corticothérapie; orientation des

esprits sur la recherche de l'allergie dans le premier cas; attaque des deuxièmes par les sels d'or et les salicylés au stade le plus précoce possible.

LES MALADIES RHUMATISMALES AIGUES

Semblable circonspection n'est pas de mise dans les maladies rhumatismales aiguës, dans le RAA; ici il faut frapper vite, fort, longtemps et chacun sait que l'on ne voit pratiquement jamais plus se développer de lésion valvulaire sous Corticothérapie. Ces faits sont trop présents dans les esprits pour qu'on y insiste, sinon pour dire combien l'évolution et le pronostic de la maladie de Bouillaud en ont été heureusement transformés. Mais il n'est pas inutile de répéter qu'il faut éliminer tout foyer septique et pratiquer une anti-biothérapie par pénicilline constante :

- au début pour stériliser la gorge du streptocoque hémolytique;
- en cours de traitement, pour éviter toute surinfection valvulaire;
- après le traitement, pour éviter les rechutes et l'Osler.

LES AFFECTIONS DIGESTIVES

Dangereux et même nocifs dans les œsophagites corrosives et dans les affections gastro-duodénales, les cortisoniques n'ont pas fait leurs preuves dans les colites ulcéreuses et dans l'iléite terminale parce que l'amélioration clinique ne s'accompagne pas d'une guérison anatomique correspondante.

En revanche, l'amélioration de l'état général qu'ils procurent et le déblocage plus rapide de l'ictère qu'ils déterminent, les rendent précieux dans les hépatites aiguës à virus.

Précieux, ils le sont aussi dans les cirrhoses à la phase ascitique où l'on sait depuis CATTAN et VESIN, qu'ils sont un traitement de l'œdème et de l'ascite. Il s'établit, en effet, une diurèse abondante et régulière avec élimination importante de sodium (blocage de l'aldostérone secondaire) et d'aldostérone dans les urines.

Enfin, ils sont parfois précieux, mais à très haute dose, comme nous l'avait indiqué CACHERA, dans le coma hépatique.

LA NEPHROSE LIPOIDIQUE ET LES NEPHRITES

L'effet favorable des cortisoniques sur la diurèse se retrouve dans les syndromes néphrotiques présumés idiopathiques : soit qu'il y ait

**Nouveau diurétique non mercuriel
actif par voie orale**

Diurzilix

CHLOROTHIAZIDE

- **Augmente d'une façon rapide, puissante et constante, l'élimination du chlore, du sodium et de l'eau.**
- **Abaisse la tension artérielle chez les hypertendus (seul ou en association avec les hypotenseurs classiques).**

2 indications majeures

CEDÈMES

- **Insuffisances cardiaques.**
- **Syndrome néphrotique.**
- **Tension prémenstruelle.**

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

- **Hypertension légère ou modérée.**
- **Hypertension sévère ou maligne (en association avec les hypotenseurs classiques).**
- **Hypertension gravidique (en association avec le Diamox).**

Posologie

0,50 g à 2 g par jour (1 à 2 comprimés une à deux fois par jour), le plus souvent en cures discontinues

Présentation

Flacon de 20 comprimés dosés à 0,50 g de chlorothiazide

THÉRAPLIX

98, rue de Sèvres, Paris 7^e - Tél. : SÉGuR 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

CASABLANCA : 103, Rue Dumont d'Urville

blocage de la production d'Aldostérone et donc augmentation de la réabsorption tubulaire du sodium (que l'Aldostérone tiendrait sous son contrôle), soit que, à la suite de l'augmentation de l'albuminémie, les liquides interstitiels soient rendus à la circulation générale; soit qu'il y ait blocage des réactions immunologiques que l'on croit être à l'origine du syndrome. (BICKEL)

Dans les néphrites allergiques, une indication s'impose sans discussion, la néphrite qui accompagne le purpura de SCHONLEIN-HENOCH. Pour toutes les autres néphropathies, la plus grande réserve doit être observée pour l'instant, exception faite de celles qui accompagnent les maladies du Collagène.

LES MALADIES NEUROLOGIQUES

En neurologie, enfin, les cortisoniques sont d'abord des médicaments de la douleur : ainsi, dans les douleurs du zona; dans les crises gastriques du tabès, dans les moignons douloureux, après amputation; mais ils peuvent faire merveille dans les paralysies faciales, dans le syndrome de GUILLAIN-BARRE, dans les paraplégies du Pott ou même de certaines myélites. Il faut dire ici que leur emploi est discuté dans les affections à virus : on admet qu'ils inhibent la constitution des anticorps et qu'il ne faut pas les administrer au premier stade de la maladie. En revanche, ils n'influeraient pas sur les anticorps constitués et peuvent être prescrits à la période d'état.

Enfin, si des succès peuvent être obtenus dans les chorées, en revanche leur prescription dans la sclérose en plaques s'est, en définitive, soldée par un échec.

o O o

Voilà globalement des exemples d'application clinique des cortisoniques, découlant directement de leurs effets anti-inflammatoires et anti-allergiques, de leur action catabolique et de leur action sur le métabolisme hydro-cathionique.

LES CORTISONIQUES EN ENDOCRINOLOGIE

Mais ils possèdent aussi une action endocrinienne directe dans laquelle leurs effets anti-inflammatoires et anti-allergiques passent au second plan. On sait qu'on les utilise pour inhiber la sécrétion de l'antéhypophyse dans le syndrome adrénogénital et, par suite, diminuer la sécrétion excessive des Androgènes d'origine génitale. On sait aussi qu'on les utilise dans les exophtalmies malignes; on sait enfin que par leur rôle de substitution, ils ont transformé le devenir des Addisoniens. Simplement, intervient ici le choix du meilleur produit; celui qui pos-

sède à la fois une action sur le métabolisme gluco-protidique et sur le métabolisme hydro-électrique; ce sont la cortisone et l'hydrocortisone, au lieu que les delta-cortisone et delta-hydro-cortisone sont limités par leur peu de retentissement sur le métabolisme de l'eau et des électrolytes.

Au contraire, la fluorohydrocortisone a un pouvoir de rétention de l'eau et du sel extrêmement puissant qui en ferait une médication de choix dans l'Addison et, dans l'avenir, la fluoro-delta-hydrocortisone ou décadron semble devoir, à des doses minimales de l'ordre du 1/10 ou 1/4 de milligramme, réaliser le traitement d'équilibre des Addisoniens.

Pour l'instant le schéma moderne de traitement est le suivant :

- associer cortisone et fluorohydrocortisone, en commençant par la cortisone seule pendant 8 à 15 jours;
 - soit donner 1/10 de mg de fluorohydro-cortisone par jour, ou tous les deux jours, soit donner 4 à 5/10 tous les trois jours.
- Tous notent que le fluorohydrocortisone a une action moins immédiate que la cortisone, mais plus prolongée, et que ses effets minéraux sont supérieurs à ceux de l'Aldostérone.

LES CORTISONIQUES DANS LE CANCER

Des résultats partiellement favorables ont été observés enfin dans la lutte contre le cancer; soit par les cortisoniques seuls, soit par leur association avec les cyostatiques, la radiothérapie ou d'autres hormones. Il semble que leur effet soit surtout palliatif, portant sur l'inflammation et l'œdème péricancéreux et, incidemment, sur la douleur; car on n'a jamais constaté d'action directe sur le tissu tumoral.

*
**

En conclusion donc, de ce chapitre, il apparaît bien que la thérapeutique cortisonique couvre un éventail extrêmement large et précieux; facilité en particulier par la découverte de dérivés commodes qui permettent et permettront plus encore dans l'avenir des applications adaptées à chaque maladie, insistant sur les effets anti-inflammatoires dans la maladie rhumatismale par exemple, ou sur les effets anti-allergiques dans les maladies de sensibilisation et les infections, ou sur les effets minéraux dans la maladie d'Addison.

Facilité aussi par la présentation de ces produits : buvables, en application locale ou injectables par voie parentérale ou locale.

Mais, la nature même de l'hormone corticosurrénalienne continue de nous échapper, donnant lieu à des effets surprenants de rebond ou de réaction; il est bon de savoir, même si l'interprétation en reste délicate ou impossible, que la corticothérapie a pu provoquer, chez des patients soumis à un traitement prolongé, de lésions absolument super-

posables à certaines lésions dont, à l'ordinaire, on attend la guérison par cette même corticothérapie; ainsi de l'apparition d'une périartérite noueuse chez un arthritique soumis à la cortisone, alors que la cortisone est le traitement de la périartérite noueuse.

Ces faits sont rares; il faut néanmoins les avoir présents à l'esprit, (car il n'est pas douteux qu'une explication existe et doit être trouvée), ils peuvent servir de transition à l'énumération des complications des traitements par les cortisoniques.

EFFETS SECONDAIRES ET COMPLICATIONS DES CORTISONIQUES

Nous aurons en vue surtout les effets secondaires et les complications habituelles de la Corticothérapie, et non pas tant pour les décrire que pour souhaiter leur très prochaine disparition par les nouveaux dérivés cortisoniques.

Avec ZARA, en 1953, on pouvait retenir quatre groupes d'accidents :

- ceux liés à l'œdème, à l'hypertension artérielle et aux complications nerveuses;
- ceux liés à l'action anti-inflammatoire de la Cortisone et notamment les accidents infectieux;
- ceux liés à l'exagération de la néoglucogénèse;
- enfin, les accidents digestifs, ulcéreux surtout.

Ces accidents bien connus sont liés :

- soit à une posologie excessive;
- soit à un traitement prolongé;
- soit à un défaut de protection antibiotique ou antiacide;
- soit aux propriétés même de la Cortisone ou de ses dérivés.

Aussi peut-on rappeler en une récapitulation rapide, les phénomènes d'œdème ou d'hypertension artérielle, les phénomènes d'épuisement de la surrénale; les infections et enfin l'apparition de diabète stéroïde et d'ulcère d'estomac avec hémorragie ou perforation.

L'on a appris ainsi à choisir une posologie nécessaire et suffisante; à ne pas entamer un traitement prolongé sans en avoir accepté les risques; une fois le traitement entrepris, savoir relancer la fonction sécrétoire par l'ACTH et surveiller toute menace d'infection sous-jacente ou toute aggravation sous le masque du bien-être; à faire examen d'urines, glycémie et parfois même épreuve d'hyperglycémie provoquée, à interroger soigneusement le patient sur ses antécédents digestifs et parfois faire des radiographies d'estomac en cas de doute.

Cette circonspection reste de mise encore aujourd'hui et spécialement chez l'ulcéreux ou le gastritique.

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais



**Traitement
NOUVEAU**

COMPRIMÉS ANALGÉSQUES
CEPHYL



INDICATIONS
CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÉGLES DOULOUREUSES

ACTION IMMÉDIATE

Phénacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac Acetyl solicyl	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigella	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P. H. R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

Nous disposerons demain de nouveaux dérivés précieux dont on vante les avantages.

- La triamcinolone, parce qu'elle n'exciterait pas la sécrétion chlo-
rhydropéptique.
- L'hexadécadrol parce que son pouvoir glycogénique très faible ne
prédisposerait pas au diabète stéroïde.
- L'un et l'autre, en raison de leurs effets diurétiques.

En attendant de les vérifier, les précautions indispensables que jus-
tifie l'exposé des propriétés des cortisoniques demeurent un impératif
catégorique. Il est nécessaire que cette thérapeutique de régularisation,
d'harmonisation, de rééquilibration soit une thérapeutique où la me-
sure soit constamment observée. Il n'est pas douteux qu'avec les nou-
veaux dérivés, ces indications soient de plus en plus précises, de plus
en plus exactes. Pour l'instant, la règle demeure « *Primum, non no-
cere* ».

Bibliographie

- BERHEIM, SOHIER, LARBRE, RIFFAT : *L'influence aggravante de la Corti-
sone sur l'évolution de certaines maladies à virus*. Rev. Lyon Mé-
dical, 7-877, 1958.
- BICKEL G. : *Le traitement hormonal du syndrome néphrotique*. Méd. et
Hyg., 30 août 1958, N° 404.
- BOLAND E. W. : *Adrenal cortical stéroïds and some of their synthétic
analogues in the treatment of rhumatoid arthritis*. In : Talbot et
Lockie, Progress in arthritis.
- BROUET V. : *La place de la Cortisone dans le traitement de la tuber-
culose pulmonaire*. Rev. du Prat., 7-3665, 1957.
- CACHIN et coll. : *Delta-cortisone et ulcérations gastriques*. B. M. S. Méd.
Hôp. Paris, 1957-73, 100 à 108.
- CATTAN et VESIN : *Traitement des cirrhoses ascitiques par la Delta-
cortisone et la Delta-hydrocortisone*. Thérapie, 12-601, 1957.
- DARGENT M. : *Delta-cortisone et cancer*. Rev. Lyon Méd., 7-773-7780,
juin 1958.
- DECHAUME J. : *Delta-cortisone et neuropsychiatrie*. Rev. Lyon Méd. 7-785,
1958.
- GOLDSCHLAG H. : *Corticostéroïdes et cancer*. Méd. et Hyg., 413, 30-XI,
1958.
- JOUBAUD F. : *Les Décadrols. Nouvelles cortisones remarquables par
leur efficacité et leur tolérance*. Sem. Hôp. Paris, 12-2, 1959, 483-84.
- LABADIE P. : *Données récentes sur la physiologie cortico-surrénale*.
Rev. du Prat., 11-XI, 1956, 3246-3263.
- LEVRAT et LAMBERT : *Les accidents et contre-indications de la Delta-
cortisone*. Rev. Lyon-Méd., juin 1958, 813-824.
- MONNET P. : *Varicelle et Cortisone*. Rev. Méd., 30-XI, 1958.
- RAVAULT, TRAEGER, FRIES : *Delta-hydrocortisone et néphropathies*. Rev.
Lyon Méd., 7-763-67, 30-6-1958.

- RAVAULT, LAMBERT, BOURRAT : *Les exulcérations gastro-duodénales multiples des cirrhotiques traités par la Delta-cortisone*, Rev. Lyon Méd., t. VII, N. 20, 30-XII, 1958.
- REVOL A. : *La sécrétion cortico-surrénalienne. Biogénèse et métabolisme intermédiaire des cortico-stéroïdes*. Rev. Lyon Méd., avril 1958, 517-536.
- SERGEANT M. : *Hormones cortico-surrénales en pratique O.R.L. Maroc Méd.*, mars 1958, N. 394, 250-251.
- VAGUE J. et COULOMB J. : *Classification et physiopathologie des maladies et réactions surrénales. Applications thérapeutiques et prophylactiques*. Maroc Médical, mars 1958, N. 394, 221-230.
- VESIN P. : *La signification biologique de la rétention du sodium dans les œdèmes*. Sem. Hôp. Paris, 28-1-59, 335-336.
- ZARA M. : *Les accidents de l'hormonothérapie cortico-surrénale*. Presse Méd., 22-8-1953, 61, N. 54, 1106-1107.

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^e)



PHARMEDY : 13 Rue J.-J. Rousseau — ALGER — (Algérie)
M. PELISSARD : 5, Boulevard de Londres — CASABLANCA — (Maroc)
SPECIMEDHY : 37 et 39, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

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**

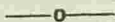
Laboratoires F. BOUCHARD

6, rue Anna-Jacquinet - BOULOGNE (Seine)

Intérêt et limites de la Coproculture comme élément de diagnostic

par Maurice HUET

(Institut Pasteur de Tunis)



I N T R O D U C T I O N

La coproculture est l'examen qui permet de constater la présence dans le tractus intestinal de certaines bactéries considérées comme pathogènes, c'est-à-dire comme l'agent microbien responsable de telle ou telle maladie. On demande donc à cet examen d'établir ou d'appuyer un diagnostic. Les praticiens sont cependant souvent déçus par les coprocultures, trouvant les résultats peu en accord avec leurs constatations cliniques ou d'un intérêt pratique limité.

Ce désaccord s'explique partiellement et doit être réduit par une connaissance des possibilités de coprocultures.

Une première difficulté provient paradoxalement d'un excès de connaissances. La famille des Entérobactéries est certainement la famille la plus étudiée et la mieux connue de la bactériologie. Les travaux du Danois KAUFFMANN, de l'Américain EDWARDS, de l'Anglais WHITE, pour ne citer que quelques-uns, ont apporté des précisions remarquables sur la biochimie et la structure antigénique des Entérobactéries. Mais ces finesses pleines d'intérêt pour un bactériologiste n'ont pas toujours de correspondance sur le plan médical pratique. A quoi bon distinguer plus de 300 sérotypes différents de *Salmonella* si les maladies provoquées par ceux-ci sont indiscernables les unes des autres ? Si le bactériologiste et l'épidémiologiste y trouvent un intérêt considérable, le clinicien risque de n'y voir que complications inutiles.

Deuxième difficulté : la nomenclature nouvelle qui accentue ces divergences. On parlait autrefois de bacille d'Eberth, de bacilles paratyphiques A et B, de bacille de Shiga, de bacille de Flexner, etc... Il faut dire aujourd'hui *Salmonella typhi*; *Shigella dysenteriae* (avec un numéro), *Shigella flexneri* (avec un numéro également) etc... Le terme de paracoli n'a pas eu le temps d'être assimilé par les bactériologistes et encore moins par les médecins praticiens, qu'il est déjà prescrit et considéré comme incorrect. Dans ces conditions, comment le laboratoire doit-il rédiger sa réponse ? Employer la nouvelle nomenclature au risque de passer pour pédant, ou pire d'être incompris, ou conserver les anciennes dénominations qui, si elles sont reprises dans une publication ou une statistique feront très mauvais effet ?

Enfin, troisième difficulté, les délais de réponses sont considérés

comme beaucoup trop longs pour être vraiment utiles. L'argument est parfaitement valable, mais la difficulté reste entière. Dans les cas les plus favorables et avec des circonstances exceptionnelles, une réponse positive peut être fournie en 48 heures. Mais cela reste l'exception et, normalement, une réponse *positive* est acquise après trois ou quatre jours. Et pour épuiser toutes les possibilités de la technique (en particulier l'enrichissement des selles dans certains milieux spéciaux), il faut un délai de cinq jours au minimum. Nous rédigeons les réponses *negatives* six jours après réception du prélèvement. Il ne faut pas s'étonner que dans ces conditions (les délais étant encore allongés par la lenteur de l'acheminement administratif) la majorité des résultats parviennent au service hospitalier qui a demandé l'examen après que le malade soit sorti et souvent oublié. Il y a là, pour le médecin praticien, un facteur certain de désintérêt pour la copro-culture.

P R E L E V E M E N T

Un prélèvement correct est primordial pour l'obtention de résultats utilisables. Les insuffisances ou erreurs sur ce point expliquent une partie importante du désaccord signalé plus haut.

La première précaution à observer, et la plus importante, est celle-ci : le malade ne doit pas avoir pris d'antibiotiques ou de sulfamides intestinaux (du type sulfaguanidine) par voie buccale depuis plusieurs jours. La présence d'antibiotique dans le contenu intestinal inhibe complètement la culture ultérieure des entérobactéries. Or, le premier geste du médecin, en face d'une diarrhée d'étiologie indéterminée, est de prescrire au malade des antibiotiques ou des sulfamides dans un but thérapeutique. Ce geste ne saurait être blâmé puisqu'il est efficace dans la majorité des cas. Mais ce n'est que lorsqu'une ou plusieurs thérapeutiques ont échoué que le médecin pense à demander à la coproculture l'étiologie d'une diarrhée persistante. *Cette coproculture sera alors certainement négative.*

On entend parfois exposer le raisonnement suivant : puisque la diarrhée persiste malgré les antibiotiques, le microbe responsable résiste à ces antibiotiques et ceux-ci ne devraient pas gêner la coproculture. Ce raisonnement séduisant est malheureusement faux, car si certaines bactéries résistent aux antibiotiques, elles sont cependant gênées et modifiées par la haute concentration atteinte dans le contenu intestinal et elles deviennent incapables de pousser sur les milieux pour coproculture qui sont très sélectifs, donc légèrement inhibiteurs. Il arrive même que l'entérobactérie responsable ait disparu dès le début du traitement et que la diarrhée ne soit plus que la conséquence du bouleversement de la flore intestinale causé par les antibiotiques.

Cette restriction pour les prélèvements — arrêt des antibiotiques

et des sulfamides — ne joue pas pour la pénicilline par voie parentérale, dont l'action est pratiquement nulle. Elle est probablement moins étroite pour la streptomycine, car si cet antibiotique est souvent actif sur les *Shigella*, sa concentration dans le contenu intestinal est bien inférieure à celle réalisée par les antibiotiques administrés par voie buccale.

Il est assez difficile de préciser le délai nécessaire pour voir disparaître cette action empêchante des antibiotiques après arrêt du traitement. Nous pensons que le délai minima à observer est d'environ quatre jours.

En pratique, il faut considérer comme inutile et comme source d'erreur, toute coproculture demandée moins de quatre jours après l'administration de sulfamides intestinaux ou d'antibiotiques par voie buccale.

Le prélèvement lui-même ne pose pas de problème; le volume de selles nécessaire est minime, Ni le flacon ni l'objet avec lequel les matières sont introduites dans le flacon n'ont besoin d'être rigoureusement stériles. Il suffit qu'ils soient parfaitement propres et surtout qu'ils n'aient jamais été en contact avec d'autres matières fécales humaines ou animales.

Pour la commodité des manipulations, il est très utile de disposer de petits flacons dans le bouchon desquels est fichée une spatule de verre ou de métal utilisée comme cuillère. Naturellement, ces flacons spéciaux doivent être stérilisés soigneusement entre deux usages

Dans le cas particulier de nourrissons en consultation, on peut être amené à faire un prélèvement rectal avec un écouvillon, si on ne trouve pas de matières fécales dans les couches. Cet écouvillon est semblable à ceux utilisés pour les prélèvements de gorge; il ramène généralement une quantité suffisante de matières.

Mais le matériel de choix, pour le prélèvement, est un flacon bouché à vis, donc étanche et renfermant un milieu spécial dit de conservation ou de transport. Il suffit d'introduire un petit fragment de matières fécales au moyen d'un instrument qui n'est pas forcément stérile. Un morceau de carton ou de papier fort parfaitement propre convient tout à fait.

L'avantage essentiel de ce milieu est qu'il permet de conserver les selles intactes pendant l'acheminement au laboratoire. En effet, il se produit autrement des fermentations aérobies et anaérobies, d'autant plus intenses que la température ambiante est plus élevée, qui modifient considérablement certains caractères, comme le pH par exemple, et qui entraînent la destruction rapide des entérobactéries pathogènes. Il est donc indispensable, si on ne dispose pas de ce milieu de transport, de conserver les prélèvements à la glacière et de les acheminer ensuite aussi rapidement que possible au laboratoire d'analyse. Une



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

partie des résultats faussement négatifs est dûe à cette fermentation des selles.

Il est assez difficile de préciser la durée de conservation des entérobactéries pathogènes dans le milieu de transport. Cette durée est probablement fonction de la température. On peut tenir pour assuré qu'elle dépasse trois ou quatre jours. Nous avons constaté plusieurs fois une survie de deux mois pour les *Salmonella*. On voit ainsi l'intérêt de ce milieu de conservation pour les enquêtes dans les endroits isolés et pour les enquêtes de masse.

Nous passons sous silence les différentes techniques proprement bactériologiques des coprocultures pour arriver aux résultats et à leurs interprétations.

R E S U L T A T S

Il n'est pas possible de rechercher et de signaler toutes les bactéries normales ou anormales présentes dans une selle. Pour des raisons techniques la flore anérobie n'est pas explorée. De même, la plupart des bactéries Gram-positives sont volontairement inhibées par les milieux sélectifs utilisés. En définitive, ne sont mentionnées sur les résultats que certaines entérobactéries considérées comme pathogènes, ou toute bactérie qui prédomine tellement qu'elle constitue à elle seule l'essentiel de la flore intestinale; ce qui est l'indice d'un trouble grave.

Le caractère pathogène d'une bactérie de l'intestin est particulièrement difficile à établir (1). Seules possèdent sans discussion ce caractère celles qui forcent la barrière intestinale et passent dans le sang. Cette intrusion dans le milieu intérieur (le contenu intestinal étant extérieur à l'organisme) a deux conséquences : la possibilité d'hémoculture positive et l'apparition d'anticorps agglutinant. Parmi les entérobactéries pathogènes, le bacille d'Eberth et les bacilles paratyphiques A et B sont particulièrement agressifs et ont toujours une phase septicémique entraînant une apparition régulière d'anticorps. Ce phénomène est beaucoup moins net pour les autres et cela explique l'inconstance des sérodiagnostics et des hémocultures dans les shigelloses et certaines formes de salmonelloses.

En simplifiant les choses, les bactéries trouvées par coproculture sont à classer en quatre catégories :

1° Bactéries dont on ne tient pas compte parce qu'elles sont présentes dans toutes les selles, c'est-à-dire essentiellement les colibacilles à l'exception de certaines variétés dites des gastro-entérites infantiles,

(1) Le cas du vibrion cholérique n'est pas envisagé ici. D'ailleurs, du point de vue de la classification bactériologique, *V. comma* n'est pas classé dans les *Entérobacteriaceae*.

TRAITEMENT EN PROFONDEUR DES ÉPIDERMOPHYTIES

TOLÉRANCE PARFAITE



DÉTRISOL
ANTIFONGIQUE POLYVALENT

EMPLOI FACILE

ODEUR AGRÉABLE

MYCOSES DU PIED (athlete's foot)
MYCOSES DES ONGLES ET DES ESPACES
INTERDIGITAUX
MYCOSES DES PLIS (eczéma marginé de Hébra,
érythrasma)
ÉPIDERMOMYCOSES ECZÉMATISÉES ET
INFECTÉES

Après nettoyage journalier à l'alcool,
application biquotidienne par friction jusqu'à
pénétration complète.

Traitement à poursuivre deux semaines
après guérison apparente.

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

HARVEY & C^o

31, RUE DE LISBONNE - PARIS-8^e

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

et les coliformes. La nomenclature actuelle demande qu'on les appelle *E. coli*, *E. freundii*, *Klebsiella*, *Aerobacter*.

2° Bactéries dont la présence dans l'intestin est normale, mais qui sont considérées comme pathogènes lorsqu'elles sont très nombreuses et qu'elles déséquilibrent la flore microbienne à leur profit. Ce sont :

— les 4 espèces de *Proteus* (*vulgaris*, *mirabilis*, *morgani* et *rettgeri*) *Proteus morgani* est parfois considéré comme une véritable entérobactérie pathogène;

— le bacille pyocyanique (*Pseudomonas aeruginosa*);

— le staphylocoque pathogène.

La prédominance dans les selles de bacille pyocyanique ou de staphylocoque pathogène (et parfois de *Proteus*) est la plupart du temps secondaire à un traitement prolongé par antibiotiques auxquels ces deux bactéries sont ou deviennent résistants. Cette prédominance peut avoir des conséquences pathologiques graves (méningites, septiciémes).

3° Bactéries dont le pouvoir pathogène est discuté, c'est-à-dire que l'accord n'est pas fait à leur sujet dans les divers pays et selon les différents auteurs. Nous citerons :

— Les *Bethesda*, qui sont des paracoli simulant les *Salmonella* du point de vue bactériologique. On sait maintenant les en différencier assez facilement, mais il y a quelques années les *Bethesda* posaient des problèmes très ardues et c'est probablement la seule raison qui ait fait mettre l'accent sur un groupe qui finalement est à classer comme des *E. freundii* fermentant lentement le lactose. En général, on leur accorde de moins en moins d'importance.

— Le groupe *Alkalescens-Dispar* a été déplacé des *Shigella* dans les *E. coli*. Ce sont des *E. coli* agazogènes et immobiles. Tant qu'ils étaient classés dans les *Shigella*, on les considérait comme pathogènes, mais la nouvelle classification fait peser un doute sur eux. C'est là un exemple de progrès apporté par une complication apparente (modification de la nomenclature).

— Les *Providencia* sont très voisins des *Proteus*. Leur rôle pathogène est assez probable : on signale parfois des épidémies de diarrhées au cours desquelles une souche de *Providencia* est isolée de presque tous les malades; en Tunisie, les statistiques montrent que le nombre des *Providencia* isolés est plus élevé en été qu'en hiver, ce qui est en faveur d'un rôle éventuel dans les diarrhées estivo-automnales.

4° Bactéries certainement pathogènes, c'est-à-dire qui déterminent une maladie précise, ou qui, si elles sont trouvées chez une personne en bonne santé apparente, sont un danger certain pour l'entourage. Nous trouvons dans ce groupe :

— Les *Salmonella*, dont on connaît aujourd'hui plus de 300 espèces, ou plus exactement 300 sérotypes qui ne diffèrent entre eux que par leur structure antigénique. Les *Salmonella* à tendance septicémique marquée, provoquent des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes bien connues des praticiens. L'action pathogène des autres *Salmonella* est plus diverse. On les trouve dans les intoxications alimentaires, le plus souvent en rapport avec des gâteaux, de la crème, de la viande hachée consommée crue, etc... On les trouve aussi à l'origine de petites épidémies autour d'un porteur de germes dans un famille, une collectivité, un village. Les salmonelloses peuvent alors prendre toutes les formes : infection inapparente mais qui propage la maladie, gastro-entérite bénigne, diarrhée grave du nourrisson ou toxicose mortelle.

Nous avons isolé jusqu'à ce jour en Tunisie 21 sérotypes différents de *Salmonella*. Les plus fréquents sont *S. typhi*, *S. paratyphi A* et *B*, *S. typhi murium*, *S. enteritidis*, *S. newport*, comme dans la plupart des pays. Deux sérotypes ont été prédominant pendant quelques mois : *S. reading* et *S. brandenburg*. Enfin, depuis deux ans, un nouveau sérotype décrit par nous sous le nom de *Salmonella tunis* est extrêmement répandu. Il semble même qu'il se soit* installé dans certains services hospitaliers d'enfants et s'y maintienne par des porteurs de germes.

— Les *Shigella* dont la nomenclature a été également profondément remaniée. On les appelait autrefois bacille de Shiga, de Flexner, de Hiss, de Strong, etc... Aujourd'hui, il y a quatre espèces (*dysenteriae*, *flexneri*, *boydii* et *sonnei*) avec plusieurs sérotypes numérotés à l'intérieur de ces espèces. Les shigelloses sont extrêmement répandues en Tunisie. Elles sont à l'origine de la plupart des diarrhées estivo-automnales. La gravité de ces shigelloses est variable. La plupart cèdent très vite à l'administration des sulfamides ou d'antibiotiques. Mais lorsque l'état général est déficient, la déshydratation marquée, la maladie devient grave et contribue d'une manière non négligeable à la mortalité infantile. La lutte contre les shigelloses est avant tout une question d'hygiène, cette maladie se transmettant par les matières fécales, les mouches, les mains sales.

En Tunisie, l'espèce la plus répandue est *Sh. flexneri*. *Sh. dysenteriae* est considérée comme la plus dangereuse. *Sh. sonnei* est plus fréquente en Europe.

— Les *E. coli* pathogènes, dits les gastro-entérites infantiles. On désigne ainsi un certain nombre de sérotypes de *E. Coli* qui sont à l'origine des épidémies de diarrhées graves du nourrisson, particulièrement dans les crèches et les services hospitaliers d'enfants. Après les trois sérotypes les plus répandus (111 B 4, 55 B 5 et 26 B 6) on en a décrit plus de dix autres. On les a signalés également en pathologie vétérinaire. Il ne semble pas qu'en Tunisie, les *E. coli* de gastro-entérites infantiles jouent un rôle épidémiologique important. On les rencontre de façon isolée et ils ne sont pas à l'origine d'épidémies graves dans les services hospitaliers. Dans une certaine mesure, l'ap-

121

PRODUCTION ET DISTRIBUTION

MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hâdi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

parition des épidémies de gastro-entérites rattachées aux *E. coli* pathogènes est la rançon du progrès et on ne les signale que rarement dans les pays en voie de développement.

Nous ne ferons que citer les *Arizona*, très voisins des *Salmonella*, et qui sont incriminés dans certaines épidémies de diarrhées.

INTERPRÉTATION

L'interprétation d'une coproculture positive découle de ce qui précède. Lorsque la coproculture est au contraire négative, il ne faut pas se hâter de conclure que l'étiologie du syndrome intestinal observé n'est pas microbienne.

En dehors de la restriction déjà énoncée, et sur laquelle nous insistons, de l'action stérilisante prolongée du traitement par antibiotiques, il faut retenir que la coproculture est un examen difficile, qui ne permet pas de mettre en évidence à tout coup une entérobactérie pathogène, et cela d'autant plus que cette entérobactérie sera rare par rapport à toutes les autres.

Cela est particulièrement vrai pour les *Shigella*. Comme, de plus l'élimination des bacilles dysentériques est irrégulière, il faudrait pouvoir répéter plusieurs fois la coproculture pour mettre en évidence une *Shigella*. Des travaux américains en Egypte ont montré que dans certains villages où la quasi totalité des diarrhées infantiles est à rattacher aux *Shigella*, une seule coproculture par enfant ne donne que 20 à 30 % de résultats positifs. Il est évidemment impossible dans la pratique de répéter les coprocultures sans donner en même temps de thérapeutique efficace.

Il ne faut donc pas compter d'une façon absolue sur la coproculture pour poser un diagnostic dans un cas isolé, en particulier en clientèle.

Il existe, par contre, trois catégories de recherche dans lesquelles la coproculture doit être l'élément de diagnostic essentiel :

1) les diarrhées infantiles vues au dispensaire. La clientèle de dispensaire présente les avantages suivants : il s'agit en général d'une première consultation, si bien qu'aucune thérapeutique n'a été commencée. Nous savons que les médecins de dispensaires sont débordés par un travail écrasant. Il serait cependant peut-être possible de faire un prélèvement de selles à tous les enfants venus en consultation pour diarrhée. Les résultats des coprocultures confrontés à des indications sommaires comme l'âge, le nombre de selles par jour, la température et l'évolution apporteraient certainement une contribution importante au problème de l'étiologie des diarrhées infantiles et secondairement des toxicoses.

DOULEUR



LAMALINE

ANALGESIQUE VRAI, NON TOXIQUE
(TOUTES DOULEURS)

CACHETS-SUPPOSITOIRES

REMBOURSE PAR LA SÉCUR. SOC.

Sarbach

Pub. S. B.

CHATILLON - SUR - CHALARONNE AIN TELEPHONE : 24

Ets PHARMOFFICE, 1, Boulevard Bugeaud à ALGER (Algérie)
PROPHARMA, 4, Passage d'Elbe (43, R. de Corse), TUNIS (Tunisie)
Société INTERFAR, 9-11, Rue de Colmar - CASABLANCA (Maroc)

2) les enquêtes de masse de toute la population d'un village relativement isolé. Cela permettrait de connaître approximativement l'imprégnation de la population par les entérobactéries pathogènes et ses rapports avec l'éclosion de cas de diarrhées.

Pour ces deux catégories d'enquêtes, l'utilisation du milieu de conservation est pratiquement indispensable et permettrait de résoudre la plupart des difficultés matérielles.

Cela serait particulièrement intéressant pour connaître l'importance exacte des shigelloses et la distribution des différentes espèces de *Shigella*.

3) les intoxications alimentaires, chaque fois que ne s'impose pas le diagnostic de botulisme ou d'intoxication par un staphylocoque entérotoxique. Il y a alors de fortes chances d'une *Salmonella* soit en cause et il ne faudra pas craindre de multiplier les examens de selles avant tout traitement chez tous les malades et en débordant même sur l'entourage immédiat non atteint. Un résultat positif ou négatif sur un seul malade n'aurait aucune signification. Ces coprocultures, plus des examens des vomissements et des aliments suspects, doivent fournir le diagnostic.

C O N C L U S I O N S

Le désintéret de certains médecins pour la coproculture se comprend en partie. Cet examen doit cependant rendre les plus grands services diagnostics et épidémiologiques, si l'on tient compte des points suivants :

— il est inutile de demander une coproculture moins de quatre jours après traitement par antibiotiques ou sulfamides intestinaux;

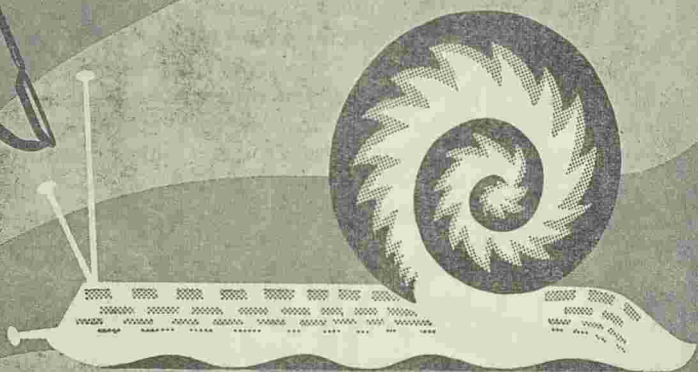
— une coproculture négative considérée isolément ne permet pas d'éliminer totalement la possibilité d'une infection par entérobactérie pathogène;

— les résultats obtenus seront d'autant plus intéressants qu'ils porteront sur un plus grand nombre de cas : intoxication alimentaire dans une collectivité, épidémie dans un service hospitalier, enquête de masse dans une population donnée;

— l'emploi du milieu de transport facilite le travail et améliore les résultats.

Dans ces conditions un travail extrêmement profitable est à faire. Car si nous avons une vue partielle du rôle des entérobactéries pathogènes dans les affections gastro-intestinales pour la ville de Tunis, le reste du territoire tunisien n'a pratiquement pas été exploré. Tout laisse croire que le Centre et le Sud, où les diarrhées infantiles sont plus nombreuses et graves qu'à Tunis, fourniraient des résultats particulièrement intéressants.

HYPERSENSIBILITÉ MENTALE



COVATINE

(N 68)

DÉCONTRARIANT

**REPLACE LES ÉVÉNEMENTS
DANS LEUR JUSTE PERSPECTIVE**

50 dragées à 0,05 g - Prix cl. 4

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES A. BAILLY - 6, RUE DU ROCHER - PARIS

Premiers essais du méprobamate injectable dans les états hypocondriaques

par les D^{rs} Frantz FANON et Lucien LÉVY

— 0 —

Dans le cadre de nos recherches semeiologiques et thérapeutiques des « états hypocondriaques » nous avons pu expérimenter l'action du méprobamate (1) sur ces états.

Ces essais préliminaires font l'objet de cette communication.

Le Méprobamate qui répond à la formule chimique $C_9 H_{18} O_4$
 $N_2 = 218$.

2 méthyl-2-n-propyl-1-3-propanedio dicarbamate, a été étudié depuis 1950 où il a été synthétisé dans les Laboratoires de Berger par LUDWIG et PIECH.

Il a fait l'objet d'une longue expérimentation animale dans différents pays, en particulier aux U.S.A. sous le nom de MILTOW, également en Allemagne.

Ses propriétés pharmaco-dynamiques sont dominées par son absence presque absolue de toxicité.

Chez le rat, en effet, la D.L. 50 s'établit aux environs de 500 mg par kg, par voie intraveineuse; 800 mg/kg par voie péritonéale; 1.700 mg/kg per os.

L'étude de la toxicité chronique donne des résultats aussi satisfaisants puisque une série de rats soumis à une ingestion de 250 mg/kg à 500 mg/kg pendant plus de six mois n'ont présenté à l'issue de l'expérience, comparativement à une série-témoin :

- aucune modification de la formule sanguine;
- aucun trouble de la croissance;
- aucune altération viscérale micro ou macroscopique.

Au point de vue de son action sur le système nerveux central, on constate d'abord une perte des réflexes de posture, puis à partir d'environ 250 mg/kg un relâchement de la musculature qui peut aller jusqu'à la suppression de tout mouvement volontaire.

Si on approche de la D.L. 50 l'animal reste immobile dans la position où on l'a placé, cet état étant réversible sans séquelles d'aucune sorte.

(1) Nous tenons à remercier les laboratoires Clin-Byla qui nous ont fourni le méprobamate sous sa forme injectable non encore commercialisé sous le nom d'Equanil.

Que la nuit est longue...
sans
NEURINASE

VALÉRIANE STABILISÉE + BARBITAL A DOSE FAIBLE
ADULTES SOLUTION : 1 à 4 c. à c. ou **COMPRIMÉS**
 SUPPOSITOIRES "A" : 1 ou 2 au coucher
ENFANTS 1 à 2 **DRAGEES**
 ou SUPPOSITOIRES "E" } PAR 24 h.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER, 45, Rue M.-Michelis, NEUILLY (Seine)

TUNISIE — Ets H. BONAN et Cie : 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

TUNISIE — O. S. P. : 10, Rue Amilcar — TUNIS
ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL

Soulignons également son action anti-convulsivante étudiée par rapport à une intoxication strychnique.

L'étude E.E.G. des sujets soumis à l'action du méprobamate va montrer un tracé non modifié aux doses habituelles de 400 mg/24 heures. Le tracé devenant remarquable par l'abondance de l'E.E.G., sa régularité, son amplitude avec apparition de bouffées de bi-latérales sporadiques, synchrones aux doses nettement plus élevées, tracé qui a pu être interprété comme « un effet fonctionnel de mise au repos du système réticulé ».

Enfin, il nous faut insister sur l'action du méprobamate sur les fonctions de la vie végétative.

Le méprobamate ne modifiant :

ni la pression artérielle;

ni le rythme cardiaque;

ni la fréquence ou l'amplitude des mouvements respiratoires.

L'expérience ayant montré que les centres nerveux qui mettent en jeu des réponses du système sympathique, sont plus sensibles à l'action du méprobamate que ceux qui commandent les réactions vagues.

Toutes ces considérations qui ont pu faire dire à Marcel PERRAULT que le méprobamate est probablement le tranquillisant le plus sûr et le moins toxique, nous ont incités à l'employer chez nos malades.

Les différents expérimentateurs du méprobamate en psychiatrie ont tous montré son inutilité dans les syndromes hypocondriaques.

Devant le grand nombre de ces syndromes que nous avons à traiter, également devant la formule injectable, mise à notre disposition (ampoules dosées à 160 mg), nous nous sommes attachés à l'employer dans ces cas, allant jusqu'à six et sept ampoules par jour, soit 1.180 mg par jour.

Cette forme injectable a fait l'objet d'une expérimentation de BOUQUEREL, NAVIAU et LAVOINE dont il a été rendu compte dans les A. M. P. de 1958, N° 6.

Le méprobamate avait été utilisé dans les formes caractérielles des psychopathies séniles.

Il ne saurait être question de rappeler ici le laborieux travail de précision nosographique qui s'est effectué autour de l'hypocondrie.

Aujourd'hui, la vieille hypocondrie-maladie a été démembrée et on retrouve ses éléments constitutifs dans des entités nosologiques totalement distinctes.

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^E

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

NOUVEAU PRODUIT

PLEXONAL

L'hypnotique qui réapprend à dormir

—o—

2 à 4 dragées le soir au coucher

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

—o—

Dépositaire Général :

O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

Avec les « formes hypocondriaques » de la mélancolie, de l'épilepsie, de la schyzophrénie, etc... on tend de plus en plus, avec LOPEZ-IBOR à retenir surtout l'attitude hypocondriaque.

La médecine psycho-somatique a paru renouveler l'étude de l'hypocondrie, mais on revient actuellement aux premières théories, soit purement freudiennes, soit à partir de STEKEL à la tendance phéno-ménologique et anthropologique avec SCHNEIDER, STRAUSS, UEXKÜLL, WEIZAÏCKER.

— Tous nos malades nous viennent de dispensaires ou de services hospitaliers de médecine générale.

Ils sont suivis en consultation externe depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.

L'hospitalisation est décidée, car la scène clinique tend à revêtir une certaine gravité : les malades prennent la soudaine habitude de revenir tous les jours à la consultation, se lamentent, deviennent prolixes dans l'exposé de leurs troubles, demandent « un traitement plus énergique », réclament fermement l'hospitalisation.

Très souvent les hommes quittent le chantier et les femmes négligent sérieusement le ménage.

C'est dans ces conditions que les malades sont admis au centre neuro-psychiatrique de jour.

OBSERVATIONS

PREMIERE SERIE.

Obs. n° 1. — Mohamed B..., 26 ans, marié, deux enfants.

En chômage depuis 1954. Episodiquement gagne un peu d'argent dans la vente clandestine de légumes.

Une ou deux fois est arrêté par la police municipale. N'a jamais été condamné.

En 1958, après le Ramadan, surviennent des vomissements qui obligent le malade à cesser toute activité. Il est successivement soigné à l'Hôpital E. Conseil, Habib Thameur et Sadiki. Il vient consulter en neuropsychiatrie le 8 septembre 1958.

La symptomatologie est extrêmement mobile.

Ce qui frappe c'est surtout l'attitude plaintive et désespérée du malade.

Bouffées de chaleur, céphalées subcontinues à type de pesanteur,



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)

paresthésies au niveau du membre supérieur gauche, enfin, asthénie importante qui brise la voix du malade.

Examen clinique négatif.

B.W.O. Calcémie : 92.

Urée : 0,34.

Glucose : 0,96.

T. A. : 11/7.

Radio gastro-duodénale normale.

Le malade est mis à 3 ampoules d'Equanil par jour, pendant une dizaine de jours.

Importante amélioration constatée dès le 3^e jour. Sort 15 jours après, pratiquement guéri.

Toutefois, il faut signaler que le malade revient trois semaines après sa sortie, n'ayant pu trouver de travail, les mêmes difficultés sociales subsistantes, le cortège hypocondriaque a fait sa réapparition.

Obs. n° 2. — Hedi Ben M..., 45 ans, marié.

Suivi à la consultation externe depuis janvier 1952 pour troubles hypocondriaques localisés à la moitié gauche du corps et à début céphalique.

Tous les examens, F.O., E.E.G., P.L., sont négatifs.

En novembre 1958, la scène clinique prend une allure grave, avec vertiges, crises syncopales et céphalées.

Les différents neuroleptiques ont été utilisés sans résultat.

Le malade est mis à 3 ampoules d'Equanil par jour.

Au bout de 15 jours, l'amélioration constatée est telle que la dose quotidienne est portée à 5 ampoules.

Cette posologie sera maintenue pendant une semaine, après quoi le malade sera mis à 5 comprimés d'Equanil par jour.

Le malade sort, à la fin de décembre, considérablement amélioré.

Obs. n° 3. — Saïda Bent S..., 23 ans.

Depuis l'âge de 16 ans, suivie à la consultation externe.

Se plaint de douleurs articulaires dans les mains, les jambes, de palpitations, céphalées, vertiges,

Régulièrement vient consulter tous les mois ou deux mois.

Tous les sédatifs nervins ont été utilisés.

En octobre 1958, la scène clinique s'est considérablement compliquée.

Les céphalées se sont accentuées, avec vomissements intermittents, et troubles de la sphère affective.

Par trois fois elle se fiance et rompt ses fiançailles.

A été soignée les semaines précédentes par Gardénal à doses filées et Largactil.

A l'entrée, algies diffuses réparties sur tout le corps, céphalées, vertiges, douleurs gastriques, mobiles, erratiques, courbatures, irritabilité.

A partir du 14 novembre 1958 est mise à 2 ampoules d'Equanil par jour, jusqu'au 3 décembre 1958.

A partir du 3 décembre 1958, à ces 2 ampoules d'Equanil on ajoute 2 comprimés d'Equanil, et à partir du 9 décembre 1958 les ampoules sont supprimées et la malade est mise à 6 comprimés.

La première amélioration provoquée par les ampoules d'Equanil, consiste en une normalisation du sommeil : les cauchemars disparaissent, à la fatigue du réveil, habituelle depuis plusieurs années, fait place une impression de détente et de bonne humeur.

Mais les maux de tête persistent ainsi que les douleurs.

A partir du 19 novembre 1958, la jeune Saïda commence à se préoccuper de son prochain mariage et se met timidement à la préparation de son trousseau.

L'appétit qui était médiocre revient.

Jusqu'au 18 décembre 1958, continue à se plaindre mais, dans la dernière semaine, le contact de la malade avec le Service va se différencier et les troubles cénestopathiques vont pratiquement disparaître.

Sort le 25 décembre 1958.

Obs. n° 4. — Ali Ben Hadj B..., 48 ans, marié, 3 enfants.

Docker, ne travaillant pas depuis 5 ans.

En 1943, à la suite d'une échauffourée avec des militaires, il est emprisonné pour 5 ans.

Raconte que ces militaires étaient des Juifs, qui voulaient lui faire du mal.

Attribue sa maladie aux coups reçus.



Traitement de l'Obésité

Préludine[®]

Modérateur de l'appétit

Geigy

Laboratoires Geigy Paris 16

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

Sorti de prison, il reprend son travail de 1949 à 1953, date à laquelle il tombe malade.

Des céphalées avec vomissements, des insomnies avec cauchemars inaugurent la scène clinique.

Ces manifestations sont interprétées comme les suites d'un empoisonnement, dont l'auteur est par ailleurs, identifié : il s'agirait d'une voisine, amie des Juifs, qui désire épouser Ali.

Depuis 5 ans la maladie évolue. Aux vomissements s'ajoutent des douleurs diffuses, erratiques, de l'asthénie, de l'anorexie épisodique, tout cela sur un fond anxieux.

Le tableau clinique se complète d'une impuissance qui renforce le malade dans sa conviction délirante d'empoisonnement.

Il entre dans le Service le 27 septembre 1958.

Les examens cliniques et para-cliniques sont normaux.

Traitement : 3 ampoules d'Equanil par jour.

Progressivement et de façon importante, une amélioration apparaît.

L'asthénie, l'anorexie et l'insomnie cèdent totalement, les céphalées et les douleurs diminuent ainsi que l'impuissance.

Après un mois, les idées subdélirantes sont critiquées.

Le malade sort avec des projets de réinsertion sociale.

DEUXIEME SERIE.

Obs. n° 1. — Zohra Bent S...

Suivie à la consultation externe depuis juin 1958, pour vertiges, bourdonnements d'oreilles, céphalées.

Tous les examens, E.E.G., radios, sont négatifs.

Est soignée au Belladéal, Largactil. Etat inchangé.

Entre dans le Service le 1^{er} novembre 1958. A l'entrée : maux de tête, paresthésie au niveau de la jambe gauche, bourdonnements d'oreilles, pseudo-hallucinations : voit sa fille qui est morte, couchée sur ses genoux, insomnie, anxiété.

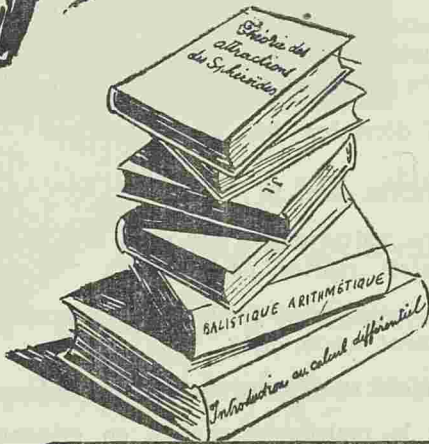
Est mise à 3 ampoules d'Equanil le 27 novembre 1958 jusqu'au 11 décembre 1958.

Aucune amélioration notable.

Obs. n° 2. — Saïda Bent B..., 20 ans.

Suivie depuis plusieurs mois à la consultation externe, pour névrose hystérique.

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

Soignée antérieurement par Largactil, Nozinan.

Plusieurs hospitalisations antérieures dans les Services de médecine générale.

Névrose cardiaque, avec souffle systolique latéro sternal gauche, peu irradiant et disparaissant en position assise.

Souffle anorganique, angoisses, cauchemars continus à thèmes polymorphes,

Actuellement fiancée, refuse le mariage. Notion de fiançailles antérieures avec un cousin et qui en aurait préféré une autre.

Première hospitalisation du 10 juillet 1958 au 3 octobre 1958.

Est soignée par Sédocaréna, Plégicil, Théophylline, Gardénal à doses filées.

Aucune amélioration.

Nouvelle hospitalisation le 1^{er} décembre 1958 : est mise à l'Equanil, le 2 décembre 1958, à la dose de 5 injections par jour pendant 9 jours, et à partir du 12 décembre 1958, à 3 comprimés par jour.

A la date du 27 décembre 1958, aucun résultat.

Obs. n° 3. — Habiba Bent S...

Malade de 25 ans, suivie depuis six mois à la consultation externe de neuro-psychiatrie, mariée, pas d'enfant.

Il y a deux ans, césarienne. Quelques mois après, crise nocturne de nature probablement hystérique.

A l'entrée, céphalées et vertiges, crises hystériformes épisodiques.

L'entretien avec la malade va mettre en évidence très rapidement un rejet du mari, un investissement sur le beau-frère avec sentiment de culpabilité depuis la mort de la belle-sœur.

Mise à l'Equanil injectable, 3 ampoules par jour, du 24 novembre 1958 au 28 novembre 1958, puis à 6 ampoules et 2 comprimés par jour à partir du 9 décembre 1958.

Les troubles de la maladie : insomnies, céphalées, vertiges, tremblements, vont rester inchangés pendant toute la durée du traitement.

* * *

On peut décrire un ensemble syndromique de base chez nos malades.

Il s'agit avant tout de plaintifs. Les troubles allégués sont évi-

vitamine

K₁ DELAGRANGE

La vitamine K₁ est une vitamine naturelle. Une plus grande activité, une tolérance parfaite, confèrent à la vitamine K₁ Delagrance une indiscutable supériorité sur les facteurs K synthétiques.

- ☐ affections hépatiques
- ☐ prophylaxie des hémorragies néo-natales
- ☐ préparation à toute intervention chirurgicale
- ☐ prévention des hémorragies chez l'éthylique
- ☐ adjuvant des traitements salicylés et antibiotiques
- ☐ traitement d'urgence des hémorragies des anticoagulants

50 comprimés à 5 mg
p. classe 19

6 suppositoires à 100 mg
p. classe 49

6 ampoules à 50 mg
p. classe 28

Remboursé par la Sécurité Sociale
Admis à l'usage des Collectivités.



39, Bd de Latour-Maubourg - PARIS-7^e

VK-4

demment très protéiformes. On ne retrouve pas les caractéristiques de l'ancienne hypocondrie à prédominance abdominale.

Tout peut se retrouver ici : céphalées, bourdonnements d'oreilles, boule dans la gorge, courant électrique dans les membres, poids sur l'estomac, fatigabilité, sensation de muscles broyés, constipation, etc...

La voix est habituellement faible, sans ampleur ni emphase. Il n'y a pas d'agressivité sous-jacente comme on en voit dans les hypocondries paranoïaques, ni d'anxiété telle qu'elle se manifeste entre autres, dans les altérations du schéma corporel, ou dans les cénestopathies graves.

Il n'y a ni délire, ni manifestations obsessionnelles ou phobiques.

La conscience n'est pas atteinte.

Tout se ramène à des algies diffuses, de type protopathique avec céphalées, bourdonnements d'oreilles et surtout une importante fatigabilité : la morosité, la fuite devant les tâches quotidiennes ou l'abandon des projets, l'impuissance et la frigidité, l'insomnie sans phénomènes oniroïdes complètent la scène clinique.

CONCLUSIONS

Il est clair que notre expérimentation n'est pas suffisamment importante pour qu'une conclusion thérapeutique puisse être tirée.

Deux choses en tout cas sont claires :

1° L'Equanil administré à des doses extrêmement importantes n'altère pas l'activité, le jugement, l'affectivité des malades.

La tension artérielle, le pouls, la température, qui ont été suivis régulièrement et plusieurs fois par jour n'ont montré aucune modification.

Il y a donc une parfaite tolérance à l'Equanil aux doses importantes que nous avons utilisées.

2° Le Service dans lequel cette expérimentation s'est déroulée est un Service neuro-psychiatrique de jour où les malades arrivent le matin et séjournent dans un semi-alitement.

De plus, à partir de 14 heures, les malades commencent à rejoindre leur foyer.

Le Centre ferme à 18 heures. De sorte que pratiquement, on peut dire que la cure à l'Equanil s'est identifiée à une cure ambulatoire.

Liveroil

SUPPOSITOIRES

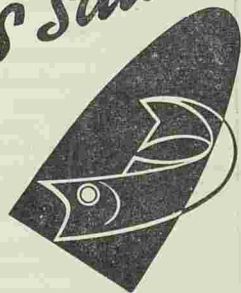
HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

A B₁ B₂ B₆ D₂
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LABRES CHAMBON-PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON-PARIS

APPETIT

à tout âge de la vie
en toutes saisons

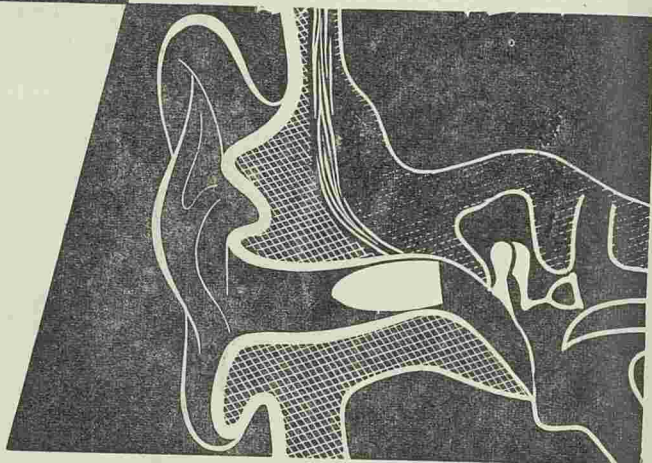


OTOCONES

UNE NOUVELLE FORME
THERAPEUTIQUE
EN OTOLOGIE

CRÉÉE PAR LES

LABORATOIRES
CHIBRET



4
Avantages

- ACTION OPTIMA PAR CONTACT PROLONGÉ AVEC LES LÉSIONS
- DIFFUSION RETARD AU SEIN DE CES LÉSIONS
- FONTE RAPIDE ET RÉSORPTION TOTALE DE L'EXCIPIENT
- TOLÉRANCE PARFAITE

			TABLEAU	PRIX FRANCE	S. S.	A. M. C. COLLECTIVITÉS
OTOCONES AU BENZO-DODECINIUM	3‰	Otitis chroniques Otitis externes circonscrites ou diffuses		cl. 3	+	
OTOCONES AU CHLORAMPHÉNICOL STREPTOMYCINE (dihydro)	1‰	Otitis chroniques avec écoulement purulent Otitis externes	C	cl. 4	+	+
OTOCONES A L'HYDROCORTISONE	2‰	Otitis catarrhales Eczémas et prur' de l'oreille	A	cl. 12	+	

TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS

La conclusion est que le médecin praticien peut utiliser ces doses importantes.

3° Les indications de l'Equanil doivent évidemment être davantage précisées.

Il est remarquable par exemple, que les malades de la deuxième série, qui présentaient en plus de leurs préoccupations hypocondriaques, soit une hystérie de conversion (observations 2 et 3, deuxième série), soit une onéirophrénie au sens de Mayer-Gross (observation 1, deuxième série), n'ont pas été améliorés par l'Equanil.

L'intérêt de l'Equanil en ampoules injectables, aux doses que nous avons utilisées semble être d'agir sur les dépressions mineures, sans anxiété majeure, avec fatigabilité, sentiment de malaise corporel, insomnies, céphalées, bourdonnements d'oreilles.

Cette forme mineure de l'hypocondrie, qui évoque la vieille neurasthénie, paraît être une bonne indication pour l'Equanil injectable aux doses quotidiennes de 4 à 6 ampoules en injections intramusculaires.

Signalons par contre que la sismothérapie est absolument inopérante ici, et très souvent, après un ou deux E.C., se développe sur le fond hypocondriaque inentamé, une véritable anxiété.

Il nous est arrivé d'administrer les 6 ampoules en trois injections et là non plus, nous n'avons constaté aucun trouble.

Il nous semble que le traitement doit s'étendre sur une vingtaine de jours et que pendant un mois l'amélioration constatée doive être consolidée par l'Equanil per os (3 à 5 comprimés par jour).

(Travail effectué au Centre de Neuropsychiatrie de jour. Hôpital Charles Nicolle, Tunis).



BIBLIOGRAPHIE

Se rapporter pour la bibliographie jusqu'en 1957, à :

- GUILLEMAN P. : *Le Meprobamate. Nouveau médicament ataraxique et tranquillisant.* Gazette des hôp., 1957, N. 13.
- RACAMIER P. C., BLANCHARD et FAUCRET : *Le Méprobamate en thérapeutique psychiatrique : essais préliminaires.* A. M. P., 1958, N. 1.
- BOUQUEREL J., NAVIAU, LAVOINE : *Effets du Méprobamate chez les psychopathe séniles.* A.M.P., 1958, N. 6.

*l'Oléandomycine
complète
la Tétracycline*
Prescrivez

Tétracyne-
Oléandomycine

Pfizer

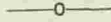


licence
SIGMAMYCINE

LABORATOIRES PFIZER CLIN - 22 rue des Fossés-S' Jacques Paris V - ODEon 27.20

Notions d'électro-encéphalographie

A propos des tumeurs cérébrales



Causerie faite le 12 février 1959 au Pavillon L

par le Dr Lucien LÉVY



HISTORIQUE

Déjà CATON en 1875 put placer des électrodes sur le cortex de ses animaux de laboratoire, singes, lapins, et décéla une production d'électricité grâce aux déviations de son galvanomètre.

Mais il faut remonter à FRITCHE et HITZIG en 1870-74, qui montrèrent non seulement le rôle de la frontale ascendante par stimulation et production de mouvements, mais également purent recueillir une différence de potentiel à ce niveau.

Il faut citer d'autres grands noms : FLEISCH-VON MARXOW, BECK, HORSCHLEY du fameux appareil de stéréotaxie d'Horschley-Clarcks, LARIONOV. En 1913, PRAWDICZ-NEMINSKY décrit 7 types différents d'électro-cérébrogrammes.

Il faut attendre Hans BERGER, qui est le véritable père de l'électro-encéphalographie. Dans son expérience princeps du 6 juillet 1924 sur un jeune homme trépané par GULEKE, recueillie pour la première fois sur la région postérieure des ondes « alpha ». Il en fait la première communication au Congrès International de Psychologie de 1937, où les ondes « alpha » de BERGER sont décrites comme des ondes de 8 à 11 Hertz, de 90 à 120 m/s.

Plus près de nous, citons :

- KÖRNEMULLER, FORSTER, TÖNNIS en Allemagne;
- ADRIAN, Grey WALTER en Angleterre;
- BISCHOP, les frères GIBBS, LENNOX, JASPER aux U. S. A.;
- BREMER et TITECA en Belgique;
- En France, Alfred FESSARD, BAUDOIN et son élève FISCHGOLD, RAYMOND à la Salpêtrière, GASTAUT à Marseille.

Citons quelques dates importantes :

- En 1947 a lieu le premier Congrès International d'E.E.G.
- En 1948 la Société d'E.E.G. et des sciences connexes est créée.
- En 1949 la Fédération Internationale est fondée, son siège est en France, son secrétaire général est GASTAUT. Elle a un journal, l'E.E.G. Journal imprimé à Montréal en anglais et en français.

TECHNIQUE

Avant de comprendre l'électro-encéphalographie, il nous faut très brièvement en connaître la technique.

Il semblerait facile d'enregistrer un E.E.G. à partir de la production d'électricité corticale. Le problème en réalité est complexe, si l'on songe que la quantité d'électricité émise est de l'ordre du microvolt, que cette d.d.p. doit être recueillie à travers les enveloppes du cerveau, le L.C.R. et les vaisseaux, la boîte crânienne, la peau. Tous ces intermédiaires entre le générateur d'électricité et l'électrodes avec les causes de diffusion, les résistances, expliquent qu'il ait fallu attendre l'après-guerre pour voir apparaître les premiers appareils de série et l'utilisation de l'E.E.G. dans la routine clinique.

L'électricité corticale est recueillie par les électrodes placées sur toute la surface du scalp. On utilise habituellement 20 électrodes placées en des points précis du crâne :

- 2 frontales;
- 2 temporales antérieures;
- 2 temporales moyennes;
- 2 temporales postérieures;
- 2 occipitales;
- 2 pariétales antérieures;
- 2 pariétales moyennes;
- 2 pariétales postérieures;
- 3 médianes;
- 1 terre.

Cette électricité est conduite aux bornes d'un électro-aimant, après amplification. Entre les bornes de l'électro-aimant est placée la plume qui va osciller devant un papier qui se déroule à vitesse constante et permet ainsi de recueillir le tracé E.E.G. tel que vous le connaissez.

Les électrodes sont reliées entre elles suivant des montages connus à l'avance. Les E.E.Gistes n'ont pu se mettre d'accord sur les séries de montages standard, la discussion portant sur les longues et courtes distances. Néanmoins, nous aurons toujours un montage d'orientation qui va nous donner une idée globale des phénomènes électriques corticaux, un montage en couronne qui va explorer les électrodes adjacentes tout autour du scalp, les montages transverses et longitudinaux. Ces différents montages permettront d'enregistrer l'électricité émise suivant le champ optimum, comme nous le verrons.

D'autres moyens techniques, encore de laboratoire, mais qui tentent de plus en plus d'aborder la pratique routinière, vont essayer de diminuer les distorsions dues à l'appareil.

La toposcopie, bien étudiée en France par l'école RAYMOND, va diminuer l'inertie de l'appareil en faisant osciller le rayon d'un tube cathodique. Ce spot lumineux étant cinématographié pour laisser une trace analysable.

Il est intéressant, pour meilleure compréhension des compte-rendus E.E.G., d'expliquer certains termes :

La constante de temps, c'est le temps que met la plume pour revenir au tiers de son amplitude maxima, après avoir reçu un spike. Ceci est important, car en augmentant la constante de temps, on produit artificiellement une onde lente, de même, en diminuant la constante de temps, on supprime artificiellement toutes les ondes lentes. Disons brièvement qu'il s'agit d'un système de filtre-capacité, qui permet la fuite étalonnée de l'électricité emmagasinée.

Les filtres sont également des systèmes filtre-capacité, mais sont particulièrement construits pour supprimer les ondes extrêmement rapides, les myogrammes en particulier.

RYTHMES NORMAUX

Malgré la difficulté d'établir une carte d'un électro-encéphalogramme normal, malgré les grandes discussions entre écoles, il est des rythmes qui sont permanents chez l'adulte normal. Nous allons essayer d'en évoquer quelques-uns :

— Le rythme « alpha » recueilli est bloqué par l'ouverture des yeux lorsqu'il existe une réaction d'arrêt, il réapparaît à la fermeture.

— Le rythme « bêta », recueilli sur les régions centrales, est un rythme de 15 à 30 c/s de faible amplitude.

— Les rythmes rapides frontaux sont des rythmes rapides irréguliers encore mal différenciés.

— Le rythme « thêta », recueilli sur la région temporale, est un rythme de 4 à 6 c/s, il est bloqué par des stimulations sensorielles, olfactives ou gustatives, ou un calcul mental.

— Citons également d'autres rythmes normaux, mais que l'on recueille rarement : les rythmes en arceaux rolandiques bloqués par un mouvement quelconque ou même par une impression tactile, les rythmes en M, les rythmes rolandiques, les pointes de pré-sommeil...

EXPLICATION DES PHENOMENES

Deux façons d'aborder l'E.E.G. coexistent à l'heure actuelle :

— Les corrélations électro-cliniques statistiques : chaque trouble

UN NOUVEAU SULFAMIDE

à large spectre antimicrobien

ÉLEVÉE

ACTIF A FAIBLE DOSE

SULTIRÈNE

7522 R.P. - Nom générique : SULFAMÉTHOXYPYRIDAZINE
p.aminobenzène-sulfamido-3 méthoxy-6 pyridazine

COMPRIMÉS dosés à 0,250 g
FLACONS DE 20 - Prix public: Frs.450+7

ADULTES :

Le 1^{er} jour: 1g (dose de charge) - Les jours suivants: 0,50g

ENFANTS :

Le 1^{er} jour: 20 à 30 mg par Kg de poids (dose de charge)
Les jours suivants: 10 à 20 mg par Kg de poids

UNE SEULE
PRISE QUOTIDIENNE

ET LARGEMENT ÉTALÉE DANS LE TEMPS

SULFAMIDÉMIE RAPIDEMENT
SULFAMIDURIE IMPORTANTE ET PERSISTANTE

AFFECTIONS MICROBIENNES
PULMONAIRES
OU URINAIRES
SYNDROME ENTÉRO-RÉNAL

Remboursable aux Assurés sociaux

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHÔNE-POULENC
INFORMATION MÉDICALE : 28, COURS ALBERT 1^{er} - PARIS-8^e - TÉL. BALZAC 10-70

neurologique constaté cliniquement coexistant avec des rythmes anormaux, on en déduit que la présence de ces rythmes anormaux dans un E.E.G. serait en faveur de ces mêmes lésions.

— Une tentative d'explication des phénomènes. De ce point de vue, deux voies qui se complètent vont avoir leurs défenseurs et leurs détracteurs. La voie physiologique, et il nous faut citer FESSARD, DELL en France. La voie psychologique, qui va tenter d'expliquer la psychologie ou même la caractérologie par l'existence de certains rythmes. Il faut citer ici : GREY-WALTER en Angleterre, LAIRY-BOUNES en France.

Electro-physiologie.

Partant de l'électro-physiologie élémentaire, pendant une certaine période, on expliquait l'E.E.G. par l'électricité neuronale. Mais le neurone répond à la loi du « tout ou rien », et il était difficile de comprendre l'existence d'un rythme lent comme le rythme « alpha », qui est un cycle d'environ 100 m/s. On admettait que les dispersions, le grand nombre de neurones émetteurs, ralentissaient le rythme recueilli. Les expériences animales par micro-électrodes de JASPERS, PENFIELD, CHANG, LI, TASAKI, permirent de démontrer que l'origine des ondes lentes, les seules enregistrées, provenait des dendrites. Les dendrites ne subissent pas la loi du « tout ou rien », les sommations sont possibles, cela est clair, expliquant de façon plus satisfaisante, non seulement l'existence des rythmes lents, mais également tous les rythmes synchrones et hypersynchrones.

BUSER et Albe FESSARD, en plantant des micro-électrodes dans le corps cellulaire des cellules pyramidales du cortex du chat, montrèrent que ce corps cellulaire émettait des pointes et des ondes lentes. Ces pointes et ondes lentes n'ont aucun rapport avec les pointes-ondes épileptiques, cette pointe étant beaucoup plus lente, mais par rapport aux autres ondes enregistrées apparaît sur le tracé E.E.G. comme une pointe.

Ainsi, les dendrites seraient à l'origine des ondes lentes des rythmes E.E.G.

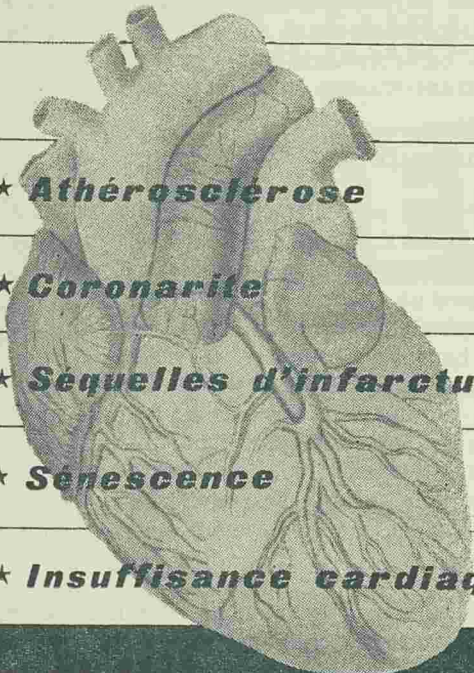
Pour expliquer la rythmicité des rythmes, deux hypothèses ont été émises : potentiel de membranes, ou pace-maker extérieur aux dendrites.

Le potentiel de membranes suffirait à expliquer la rythmicité, mais ne pourrait expliquer les résultats de l'expérience de Lord ADRIAN.

Lord ADRIAN place côte à côte deux portions de cortex n'ayant aucune liaison entre elles. Les rythmes induits sur une des deux portions provoquant l'apparition de mêmes rythmes sur l'autre portion. Il fallut faire apparaître le rôle des champs électriques dans les hy-

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250_{mg} LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

pothèses. Ceci explique que l'on recueille des ondes différentes suivant les montages différents transverse ou longitudinal.

D'autres hypothèses, d'autres systèmes, ne s'excluant pas les uns les autres, ont pu être envisagés :

ECCLES fait jouer à un système réticulaire rythmeur intra-cortical le rôle de *pace-maker*.

MAGOUN, JASPER, envisagent une reverberation, cortico-thalamo-corticale dans l'origine des rythmes.

Il semble bien que ces différentes hypothèses jouent un rôle ne s'excluant pas les unes les autres et suivant les conditions et la situation dans le cortex deviennent plus ou moins prépondérants.

D'autre part, il faut une émission assez importante d'électricité pour permettre aux électrodes de la recueillir. L'école FESSARD fait ici jouer aux cellules pyramidales le plus grand rôle dans la production des rythmes recueillis en E.E.G.

Stimulation lumineuse intermittente.

En faisant éclater devant les yeux du patient des éclairs suivant des rythmes définis, on arrive à évoquer ces mêmes rythmes dans les différentes régions corticales. Pour expliquer ce phénomène, qui est très important pour l'E.E.G., il a fallu faire intervenir la substance réticulée.

Découverte par MAGOUN et MORRUZI, la substance réticulée ventrale va du bulbe au diencéphale, puis, par des voies diffuses atteint l'ensemble du cortex. En stimulant cette substance réticulée on provoque une désynchronisation du tracé.

JASPER et CHANG ont mis en évidence une substance réticulée dorsale, encore appelée système réticulo-thalamique à projections diffuses, qui elle, serait synchronisatrice.

Les éclairs lumineux stimulent le nerf optique qui par ses afférences réticulaires va être en connexion avec l'ensemble du cortex.

Abord psychologique.

Certains E.E.Gistes, LAIRY-BOUNES en France, GREY-WALTER en Angleterre, par exemple, ont tenté de définir certains types morphologiques et caractériels à partir de la prédominance de certains rythmes corticaux. GREY-WALTER pense que les caractériels possèderaient plus de « théta » que les normaux; le rythme « alpha » abondant caractériseraient les calmes et pondérés.

Sans nous appesantir sur la biochimie cérébrale, dont le Congrès



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de

TRONOTHANE

Marque Déposée



l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caïne"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**
44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47-77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres - TUNIS

de Montréal 1953 a montré toute l'importance, en particulier dans les rapports de PALLADINE et ROUSSINOV, il semble bien qu'à l'heure actuelle, c'est vers une étude plus profonde des échanges et des modifications cellulaires intra-corticales que l'on s'oriente pour expliquer l'ensemble des phénomènes corticaux.

Evolution des tracés E.E.G. suivant l'âge.

DREYFUS-BRISSAC, BLANC et MONOD dans leur communication au Congrès de Bruxelles ont étudié l'évolution du tracé E.E.G. du prématuré de six mois jusqu'au nourrisson de 3 ans :

— *Le prématuré de six mois* a un tracé discontinu, paroxystique, sans différenciation du tracé de veille et du tracé de sommeil. Les phases silencieuses alternent avec les bouffées de rythme de 5 c/s.

— *Le prématuré de huit mois* présente un début d'organisation et les premières différenciations qualitatives du tracé de veille et du tracé de sommeil. Le tracé de sommeil devient « discontinu alternant ».

— *Le nourrisson de 3 ans* montre le début d'une organisation spatio-temporelle de rythmes occipitaux de 3 à 4 c/s pouvant être bloqués par les stimulations et entraînés par la S.L.I. Le tracé de sommeil n'est plus alternant et montre la première forme de spindles fronto-rolandiques et les premières pointes de sommeil.

Cette évolution s'explique très schématiquement par des phénomènes de maturation cellulaires.

TRACE DANS LES TUMEURS CEREBRALES

La tumeur est un corps étranger dans le cerveau, et ne produit pas d'électricité décelable avec nos appareils. Nous suspecterons donc la tumeur par des signes de répercussion.

FISCHGOLD, DREYFUS-BRISSAC, ARFELD-CAPDEVIELLE et collaborateurs dans leur mise au point retiennent principalement.

- 1° Le « delta » polymorphe localisé;
- 2° Les images en miroir lorsqu'elles sont recueillies sur des électrodes en croix : 2' « théta » localisé;
- 3° Un aplatissement localisé des ondes lentes;
- 4° Une exagération localisée des ondes lentes;
- 5° Un « delta » monomorphe localisé;
- 6° Un foyer localisé de pointes épileptiques.
- 7° Des ondes à front raide localisées.

CONCLUSION

Devant la complexité des problèmes que pose l'électro-encéphalographie, la multiplicité des interprétations possibles, il est indispensable à une bonne interprétation d'avoir tous les renseignements cliniques possibles. L'électro-encéphalographie fait partie au même titre que les autres examens complémentaires, d'un faisceau qui viendra étayer la clinique.

DISCUSSION

D^{rs} Benmussa et H. Cohen. — Les tumeurs ne sont pas toujours des tissus morts, comme la nécrose de l'infarctus du myocarde par exemple. Le neurinome, les tumeurs embryologiques, devraient produire de l'électricité. Comment se fait-il qu'on ne la recueille pas ?

D^r Lévy. — Plusieurs hypothèses ont été émises. Il est évident qu'il s'agit de cas d'espèce suivant les variétés de tumeurs. Néanmoins, on peut admettre que le tissu néo-formé s'organisant en réseau, une électrode placée à distance ne puisse recueillir l'électricité étant en dehors de son champ.

D^r Fanon. — Je voudrais ajouter que la tumeur étant une formation en dehors des formations normales, elle ne s'intègre pas dans le système d'association physiologiquement normal, et par conséquent, le pace-maker ou la substance réticulée ne peuvent les faire vibrer de façon à ce que l'électricité puisse être recueillie. Expérimentalement, en injectant de la cire molle dans le cortex du chat, on recueille bien un tracé de tumeur, mais évidemment les micro-électrodes sur la tumeur sont silencieuses.

D^r Chatenier. — On retrouve souvent dans les interprétations de tracé E.E.G, le terme de souffrance cérébrale. Je crois qu'il serait intéressant que vous nous en disiez quelques mots.

D^r Lévy. — Ce terme n'est pas admis par toutes les écoles d'E.E.G. Pour le comprendre, il faut faire intervenir des notions de biochimie cérébrale. Lorsque, pour une cause ou pour une autre, en particulier lorsqu'une tumeur comprime de cortex, les échanges cellulaires, la respiration même de la cellule, sont troublés, il y a souffrance. Ceci peut se traduire au point de vue tracé par un envahissement d'ondes lentes non caractéristiques.

Société de Médecine de Paris

SEANCE DU 20 FEVRIER 1959

Communications :

M. CARLE : A propos d'un cas de vésicule bilobée.

Il s'agit du premier cas de vésicule double, publié en langue française. Cette rare anomalie congénitale fut rencontrée chez un homme de 33 ans qui souffrait de troubles dyspeptiques banaux. La cholecystographie révéla une vésicule double avec deux cystiques, appartenant donc au type en H décrit par BOYDEN (1926).

M. MAYER : Etat actuel du problème des effets embryono-fœtaux des radiations faites au cours de la grossesse.

Discussions : MM. NOIX, MARDRUS, ROUSSEAU.

M. ROULLAND : A propos de deux observations d'avortement spontané.

SEANCE DU 13 MARS 1959

Communications :

M. FLANDIN : Allergie et artérites.

M. MIROUX : Le coenzyme A (COA) dans le traitement des artérites des membres inférieurs.

M. CHARTRAIN : La place de la Cortisone et de ses dérivés.

M. MILLOT : La thérapeutique sympathique par infiltrations épидurales. Intérêt théorique et pratique.

*Les solutions chirurgicales actuelles
au problème des artérites*

M. KUNLIN : Indications et résultats de la sympathectomie dans l'artérite des membres.

Les artéritiques jeunes doivent y être soumis systématiquement, ainsi qu'à la surrénalectomie qui peut être bilatérale dans des cas graves.

Des artérites de l'âge mûr stabilisées peuvent être traitées médicalement.

Dans l'oblitération aiguë, on doit tenter d'urgence de rétablir la circulation. Vu tardivement, il vaut mieux les traiter par anticoagulants et injections intra-artérielles, et les opérer plus tard.

L'artérite sénile réagit mal à la sympathectomie.

L'artériectomie a des indications dans ces cas, à cause de sa bénignité.

Résultats de 1,085 sympathectomies lombaires faites dans le Service du Professeur R. LERICHE et de 95 surrénalectomies, plus 6 bilatérales.

M. NATALI : Indications et résultats des pontages.

Le principe du pontage est décrit : il s'agit d'un court circuitage de l'oblitération artérielle sans artériectomie. Cette technique permet de réduire le nombre des thromboses observées après greffe artérielle.

Les indications sont précisées — 21 % de thromboses ont été observées sur 31 cas. Dans le cas où la greffe se révèle perméable, on insiste sur la qualité des résultats obtenus.

M. REBOUL : Indications et résultats des endartériectomies.

Des techniques de conception ou d'inspiration très diverses et de résultats très dissemblables sont actuellement confondues sous le nom de « thrombo-endartériectomie ». La thrombectomie de J. C. Dos SANTOS (1946) ou la désoblitération artérielle de SÉVERÉANU (1884) est pratiquée par curetage endartériel à travers de courtes artériotomies; elle laisse en place la média altérée et souvent déchiquetée — ses succès sont rares. L'endartériectomie créée par H. REBOUL, en octobre 1947, ouvre les segments artériels sur toute leur longueur et résecte exactement toute la média altérée, ne conserve que la limitante élastique externe et l'adventice lorsqu'elles sont vivantes et saines pour reconstruire l'artère dont la média et l'intima se reforment vite grâce à une bonne nutrition par les vasa vasorum conservés intacts. Lorsque même la limitante élastique externe est nécrosée — artérites ectasiantes — il faut la résecter et pratiquer une greffe; le moins mauvais matériel est l'auto-greffe de veine dont la média se revascularise par artériolo-capillaro-génèse moins mal que dans tout autre greffon.

L'endartériectomie provoque une « vaso-dilatation » intense et durable dans plus de 80 % d'où « la neuro-endartériectomie » en segments artériels sains ou peu altérés et situés au-dessus de thromboses et d'hypertonies artérielles périphériques.

L'auteur :

- discute les modifications de techniques des endartériectomies proposées dans un désir de simplification ou de sécurité; elles n'abrègent pas la durée de l'opération et en compromettent les résultats;
- réfute les objections adressées à cette méthode qui seule récupère toutes les collatérales issues du segment traité et sacrifie un minimum de terminaisons artériolaires superficielles;
- précise les résultats contrôlés par artério-phlébographie depuis 11 ans : 90 % de perméabilité durable sur l'aorte-iliaques, 80 % sur fémorales, poplitées, axillaires, humérales, et obtenues en n'opérant que les artérites évolutives non influencées par le repos et les thérapeutiques médicales éprouvées. Ils sont supérieurs aux résultats des autres méthodes de rétablissement de la perméabilité artérielle appliquées à des artérites segmentaires non évolutives, donc favorables à de bons résultats;
- souligne le rôle du débit circulatoire avant et après l'intervention, la nécessité de l'améliorer au maximum par les thérapeutiques « vaso-dilatatrices » pour éviter la thrombose post-opératoire, mais aussi l'insuffisance d'action anti-thrombosante des anti-coagulants modernes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AFRIQUE NOIRE DE LANGUE FRANÇAISE
(Anciennement SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'A.O.F.)

SEANCE DU 9 MARS 1959

Sur un cas de tumeur cartilagineuse intra-pulmonaire, par Cl RICHIR, M. ROUAN et H. BÉZÈS.

Les auteurs présentent l'observation d'un cas d'hamartochondrome pulmonaire découvert au cours d'un examen systématique, chez un sujet de 19 ans, et traité par une exérèse lobaire réglée.

Anatomiquement, il s'agissait d'une formation arrondie, bien limitée, sans connexions bronchiques et composée de tissu cartilagineux et de cavités kystiques bronchoïdes. Ces hamartochondromes sont à séparer des chondromes purs et des chondromatoses péribronchiques.

Etude des anticorps neutralisant les virus de la poliomyélite chez trois groupes d'enfants africains de la région de Dakar, par G. SAÏB, V. DROUHET, J. L. SOULIÉ et J. CELERS, présentée par J. SÉNÉCAL.

L'étude de 366 sérums d'enfants africains de la région de Dakar montre la précocité et l'intensité de l'acquisition de trois types d'anticorps. Comparaison des courbes obtenues dans la région dakaroise et en Métropole.

Un cas d'invagination iléo-iléale sur diverticule de Meckel, par H. M. L. SOHIER et R. FUSTEC.

L'observation rapporte le cas d'un enfant de 11 ans chez lequel les auteurs pratiquèrent une résection intestinale pour une invagination iléo-iléale descendante.

L'examen macroscopique et microscopique de la pièce a confirmé qu'il s'agissait de l'inflammation d'un diverticule de Meckel ayant entraîné son invagination. Celle-ci fut secondairement à l'origine de l'invagination iléo-iléale descendante.

Conditions particulières de l'expertise toxicologique tropicale, par G. PILLÉ.

Sous les tropiques, la toxicologie est sans doute la science pharmacologique dont les règles classiques doivent être appliquées avec le plus de réserves. Plus spécialement, les hétérosides toni-cardiaques (issus des Apocynacées, Euphorbiacées...) et dont les génines constituent la partie active des poisons traditionnels, échappent à l'extraction classique par l'alcool éthylique et l'éther. Une technique fondée sur le pouvoir dissolvant de l'alcool méthylique et du chloroforme est proposée. Sont également envisagées les perturbations apportées par des alcaloïdes d'ori-

gine médicamenteuse ou résultant de coutumes (aphrodisiaques) dont la présence est fréquente dans les résidus de l'éther « acide » et de l'éther « alcalin ». Les variations de la fluoréscence des résidus en lumière de Wood sous l'influence du pH permet de déceler rapidement la chloroquine (Nivaquine). Contrairement à l'effet de la quinine, cet antipaludique de synthèse ne gêne pas la recherche de la strychnine.

Présentation d'un Acardiaque, par R. LE CANNELIER et R. D. ZINSOU.

Il s'agit d'une secondigeste présentant un hydramnios trimellaire ayant accouché de 3 enfants de sexe féminin dont l'un était un acardiaque. Cette observation confirme que les processus tératologiques graves atteignent plus souvent les filles que les garçons et élimine au point de vue étiopathogénique l'hypothèse d'un arrêt du processus de bi-partition pour expliquer la monstrosité (thèse défendue par M. CAULLERY) et en revanche, semble admettre l'explication de TISSERAND PERRIER : « Les anastomoses vasculaires de ce placenta monozygotique conditionnent le développement organo-génétique défectueux de l'acardiaque ».

Sur un cas d'anévrisme volumineux de l'axillaire basse traitée par extirpation avec excellent résultat, par X. SERAFINO, V. MAWUPE-VOVOR et S. TOURÉ.

Volumineux anévrisme axillaire vieux de 10 ans (16 cm. x 14 cm) chez un sujet de 62 ans ayant nécessité plus de 16 cm de résection artérielle après libération patiente des éléments du plexus brachial, nichés dans le sac. Le diagnostic n'a été fait qu'à l'intervention « bistouri en main ». L'insuffisance circulatoire du tronc principal et la richesse de la circulation collatérale autorisaient cette extirpation. Suites immédiates marquées par un important œdème avec apparition d'une monoplégie qui cède avec le traitement médical et la mécanothérapie. Suites ultérieures excellentes.

Après une courte revue de la littérature, les auteurs concluent que l'extirpation semble l'opération la plus communément pratiquée au niveau de ce segment artériel. Mais vu l'absence complète des troubles trophiques, d'œdème, d'infiltration segmentaire pour un anévrisme datant de 10 ans, la qualité du résultat, ils se demandent si des dispositions vasculaires n'améliorent pas le pronostic de ligature axillaire (mis à part le développement des collatérales).

Deux nouveaux cas de rage humaine. Considérations, diagnostiques et thérapeutiques, par J. DELAHOUSSE, A. VAILLANT, R. CAMAIN, R. MARX et Ph. LEPROUX.

Les auteurs relatent deux cas de rage survenus à Dakar au mois de novembre 1958 chez un enfant européen de 11 ans et chez un enfant africain de 7 ans. Dans le premier cas l'entourage n'avait pris aucune mesure particulière après griffure légère par un chien au comportement normal, mort dans les jours suivants, puis avaient tu cet épisode lors des consultations médicales. Les auteurs attirent l'attention sur la nécessité d'envisager le diagnostic de rage dans les manifestations encéphalitiques apparemment primitives.

Revue est faite des essais curatifs sur l'animal jusqu'à ce jour très décevants et de la meilleure conduite à tenir dans la thérapie-

tique de la maladie déclarée. Ils rappellent que certains cas ont évolué spontanément durant plus de 10 jours et que les longues évolutions enregistrées n'impliquent pas sans réserve une efficacité relative de la thérapeutique. Ils conseillent la prescription de sérum hyperimmun. de Lutazol et de Viadril, mais estiment que seule la mise en œuvre des techniques de réanimation et de survie par prothèse cardio-pulmonaire, est susceptible de modifier un pronostic fatal à très brève échéance.

— 0 —

LE LABORATOIRE DE **L'ARHEMAPECTINE**

PRESENTE :

un produit nouveau, concentré et vivant

LEVURE lyophilisée GALLIER

(*Licence Sarechio*)

- REEDUCATEUR DU TUBE DIGESTIF
- VECTEUR DU GROUPE VITAMINIQUE B
- AGENT FAVORISANT LA CICATRISATION
- AUXILIAIRE DANS LE TRAITEMENT DES DERMATOSES

Dose forte et dose faible : Boîte de 4 flacons à 0,50 et 0,20 g.
P. Classe 14 et 8 — Sécurité Sociale

Laboratoire R. GALLIER, 1 b, Place du Président Mithouard, PARIS-7^e

SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

Arkébios - Basedowine - Daboïne - Kidargol - Kidoline - Kidophédrine
Gastro-Entéro-Pectine - Paraminan (dragées, ampoules, crème)
Paraminan-Salicylate de Sodium - Tot' Cobra

CHATEL-GUYON

(Puy-de-Dôme) Auvergne

Altitude : 400 m.

400 kilomètres de Paris

Voitures directes — Express thermaux Paris et Marseille

Aérodrome de Clermont - Aulnat

CHATEL-GUYON possède les eaux les plus riches du monde en chlorure de magnésium assimilable.

CHATEL-GUYON s'adresse aux affections de l'intestin, constipation, côlites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

La cure de **CHATEL-GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges.

Elle s'oppose à l'anaphylaxie et améliore l'état général.

CHATEL-GUYON combat 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, corrige l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire.

CHATEL-GUYON est la Station idéale de l'amibiase et des entéro-côlites coloniales.

CHATEL-GUYON toujours à l'avant-garde du progrès, ne cesse de moderniser et de perfectionner ses Etablissements et leur équipement. Il s'est ainsi placé au premier rang du Thermalisme Mondial.

Ses installations complémentaires inédites permettent de donner avec succès des soins gynécologiques, rhino-pharyngés, etc., et de traiter la cellulite.

SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

A domicile, boire : **CHATEL-GUYON** « GUBLER », eau de cure.

CHATEL-GUYON « LEGERE », eau de table.

Renseignements : Société des Eaux Minérales et des Etablissements Thermaux — Grands Thermes — **CHATEL GUYON**.

INFORMATIONS.**JOURNEES MEDICALES DE FRANCE
ET DE LA COMMUNAUTE****SESSION DE BORDEAUX**

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

21-24 MAI 1959

*sous le haut patronage de Monsieur CHABAN-DELMAS
Président de l'Assemblée Nationale
Député Maire de Bordeaux***La Communauté Européenne et la Médecine**

Professeur AUBY Professeur de Droit Médical à la Faculté de Médecine

Les Parasitoses Intestinales*Complications - Diagnostic et Traitement*

Président : Professeur G. LAVIER

Les Frottis Vaginaux*Diagnostic endocrinien - Surveillance de la grossesse
Dépistage des cancers génitaux*

Président : Professeur MAGENDIE

S e x o l o g i e

Président : Professeur A. STONE (U.S.A.)

Les Affections Rhino-Pharyngées de l'Enfant*Diagnostic et Traitement*

Président d'Honneur : Professeur H. PORTMANN

Président : Professeur DESPONS

Les Artérites des Membres Inférieurs

Président : Professeur Pierre BROUSTET

Le Service de Santé et le Problème des Radiations IonisantesPrésident : Médecin Général Inspecteur DEBENEDETTI
Membre de l'Académie Nationale de Médecine**RECEPTIONS ET FESTIVITES**

JEUDI 21 MAI : 9 h. : Séance inaugurale sous la Présidence de Monsieur le Préfet Igame de la Gironde. 21 h. : Festival de musique de Bordeaux au Grand Théâtre : création d'un Opéra de Pierre Capdevielle, livret de Paul Guth : Les Amants Captifs. (Tenue de soirée). Droit d'inscription : 150 fr.

VENDREDI 22 MAI : 20 h. : Fête Folklorique au Château Margot. Réception par les Compagnons du Bon Temps. Souper. Droit d'inscription : 1.500 fr.

SAMEDI 23 MAI : 20 h. : Réception à l'Hôtel de Ville de Bordeaux. 20 h. : Grand Diner officiel au Château des Ducs d'Epéron à Cadillac. Réception par la Connétablie de Guyenne. Droit d'inscription : 3.000 fr.

DIMANCHE 24 MAI : 12 h. : Excursion à travers les vignobles. Déjeuner à Saint-Emilion. Réception par la Jurade de Saint-Emilion. Droit d'inscription : 2.000 fr.

Droits d'inscription : Adhésion aux Journées : gratuite. Livre des Rapports - Livre des Discussions : 2.500 francs.

Renseignements et inscription : Comité Directeur Permanent des Journées Médicales de France et de la Communauté, 12, rue Pierre-Geofroix, Colombes (Seine) - Tél. CHARlebourg 44-19, C.C.P. Paris

* * *

L'AIDE AUX JEUNES DIABÉTIQUES

Château de Longchamp, Bois de Boulogne - Paris-16^e

— o —

Comme chaque année, l'Association « L'Aide aux Jeunes Diabétiques » organise des Maisons Temporaires pour Jeunes Diabétiques pendant la durée des vacances scolaires d'été.

Trois centres fonctionneront en 1959 : à Boulouris (Var); à Châtel (Haute-Savoie); à Rotheneuf (Ille-et-Vilaine).

Trois sessions successives sont prévues, du 2 juillet au 13 septembre.

La surveillance et l'éducation médicales des jeunes diabétiques sont assurées par des pédiatres spécialisés.

Les séjours dans ces Maisons de Soins sont agréés par les Caisses de Sécurité Sociale et de l'Aide Médicale auprès desquelles une demande de prise en charge peut être formulée.

Les demandes d'inscription doivent être faites à : « L'Aide aux Jeunes Diabétiques », 60, rue Chardon-Lagache, Paris-16^e.

* * *

FOIRE INTERNATIONALE D'UTRECHT

— o —

Pour la quatrième fois, une grande foire spécialisée sera organisée à Utrecht (Pays-Bas) où seront exposées des machines ainsi que tout autre équipement technique pour les industries chimiques et pharmaceutiques, l'industrie de l'alimentation et l'industrie laitière.

Cette foire se tiendra du 12 au 20 octobre 1959.

PETITE ANNONCE

A céder Cabinet ophtalmo. Centre Sud France, 100 kms mer. Plein rapp., bail 9 ans, Cession cause santé, Ecrire Journal, N° 26.

CHRONIQUE DE L'O.M.S.**PRENDRE UN BON DEPART DANS LA VIE**

par

le Dr TELMA RECA DE ACOSTA (1)



Que se passe-t-il entre l'âge de deux et de six ans, entre six et douze ans ? Quelles sont les particularités des enfants et comment vivent-ils à l'âge de deux, de six et de douze ans ?

A deux ans, l'enfant parle, marche, commence à manger seul et à acquérir des habitudes de propreté. Son univers se limite à ses parents et à sa maison. Entre deux et six ans, il devient capable de se débrouiller tout seul et d'acquérir une certaine indépendance, en même temps que son horizon social s'élargit. Il n'est plus aussi faible ni aussi délicat, et il commence à s'habituer aux interdictions, aux réprimandes et aux punitions.

A six ans, il entre à l'école; il peut et doit alors assumer certaines responsabilités. Il est désormais capable de fournir l'effort mental nécessaire pour apprendre à lire, écrire, compter; il se plaît à des jeux animés avec d'autres enfants et il commence à s'adapter à la vie dans le cadre d'un groupe social dépassant largement celui de sa famille. Toutefois, son foyer et ses parents demeurent, à ce stade, l'élément le plus important dans sa vie et dans la formation de son caractère.

Comment aider l'enfant à grandir.

Parvenu à l'âge de douze ans, l'enfant quitte l'école primaire. En approchant de l'adolescence, il se trouve aux prises avec les premières difficultés de cette phase de la vie et s'interroge pour savoir ce qu'il fera lorsqu'il sera devenu grand.

A partir de ce moment, l'état de dépendance et de faiblesse de l'enfant disparaît, progressivement, mais sûrement, et sa personnalité s'affirme en même temps qu'il prend conscience d'avoir une vie à lui. Il s'agit d'un moment décisif dans son évolution. A mesure qu'il mûrit, l'adolescent acquiert de nouveaux intérêts, se livre à de nouvelles activités qu'il ne faut pas contrarier. Son comportement se modifie et ces changements doivent être interprétés avec justesse et bon sens. Pendant toute cette période, l'adolescent subit l'action et les réactions d'un grand nombre de personnalités très diverses — parents, frères et sœurs, grands-parents, membres du corps enseignant, amis et camarades — auprès desquels il trouve d'une part affection, sécurité et bons conseils, et, tout naturellement, conflit et opposition. En effet, pas de croissance sans heurts.

(1) Le Dr TELMA RECA DE ACOSTA est professeur de psychologie et de psychopathologie de l'enfant à l'Université de Buenos-Aires. Elle a créé le premier Centre de guidance infantile en Argentine.

Pour aider l'enfant à grandir, il faut que les parents sachent envisager avec calme et longanimité les problèmes qui surgissent, sans jamais oublier que l'enfant a sa propre destinée, très différente de la leur et que les buts et les idéaux qui ont régi leur vie ne sauraient être déterminants pour la sienne.

Les parents éprouvent quelque peine à admettre que l'évolution naturelle amène inévitablement les enfants à s'éloigner d'eux, peu à peu, pour devenir indépendants. Si ces aspirations de l'enfant à s'affirmer sont mises en échec, qu'il s'agisse de la vie physique, affective ou intellectuelle, le caractère du jeune être en croissance s'en trouvera déformé.

Certains parents sont très satisfaits de sentir que leurs enfants ne peuvent se passer d'eux, qu'ils ont besoin de leur aide et de leur protection jusque dans les choses les plus insignifiantes. Evidemment, il importe que l'enfant sache qu'il peut en tout temps recourir aux conseils et à l'aide de ses parents, car ce sentiment crée en lui confiance et assurance dans les situations nouvelles qui se présentent à lui. Mais il faut néanmoins le laisser libre de faire ses propres expériences, de mettre à l'épreuve sa force et ses aptitudes nouvelles.

Le père ne doit jamais se substituer à son fils et tout faire pour lui aplanir le chemin, sous prétexte qu'étant son père, il sait mieux ce qui convient à son enfant. La rançon de cette politique, c'est que l'enfant parviendra sans doute à se développer sur le plan intellectuel, mais, sur le plan affectif, il restera dépendant et incapable de prendre des décisions. Dès qu'une aptitude nouvelle apparaît chez l'enfant, au cours de son développement, il importe de lui fournir la possibilité d'entreprendre des activités qui lui permettent d'exercer et de fortifier cette aptitude.

Pendant la période pré-scolaire, tous les enfants doivent normalement apprendre à manger et s'habiller seuls, à jouer avec d'autres enfants et à s'adonner aux activités physiques convenant à leur tempérament et à leurs forces. L'entrée au jardin d'enfants est souhaitable à tous égards. Lorsqu'ils éprouvent une difficulté, il ne faut pas abandonner les enfants à eux-mêmes, mais leur montrer comment ils doivent s'y prendre pour la résoudre par leurs propres efforts.

Les questions embarrassantes.

A mesure que l'enfant se développe, son intelligence s'accroît, et il éprouve toujours davantage le besoin d'obtenir des explications sur tout ce qu'il observe autour de lui; il veut qu'on lui indique le fonctionnement de ceci ou de cela et pourquoi telle cause amène tel effet. Il pose des questions incessantes pendant les premières années de cette phase de l'existence et avant son entrée à l'école. C'est le moment où les parents peuvent contribuer au développement de son intelligence et l'aider à acquérir des notions saines du monde et de la vie.

« Que devons-nous faire », demandent souvent les parents, « lorsqu'il nous pose des questions embarrassantes ? » Il n'y a qu'une seule réponse possible : dire les choses comme elles sont, en tenant compte de la capacité de compréhension de l'enfant. Entre l'âge de trois et quatre ans, celui-ci commence à demander des explications sur l'origine des enfants et sur les différences entre les sexes. D'où viennent les bébés ? demandera-t-il; comment arrivent-ils ? Le mieux est de répondre franchement et directement : ils sont blottis dans le sein de leur mère jusqu'à ce qu'ils soient devenus assez grands et assez

forts pour vivre au dehors; on ajoutera que les choses se passent de la même manière chez tous les animaux; que les oiseaux et les poussins sortent des œufs — lesquels viennent de la mère.

Plus tard, l'enfant posera d'autres questions, qui ne seront jamais embarrassantes si une réponse correcte a été donnée aux premières interrogations. L'étude des sciences naturelles, à l'école, permettra plus tard aux enfants de comprendre le rôle du père dans la procréation, et d'acquérir une notion d'ensemble objective du processus biologique de la reproduction sexuelle. Les enfants des campagnes éprouvent évidemment moins de difficultés, car ils ont constamment l'occasion d'observer ce phénomène dans la nature.

Les réponses devront toujours être simples et ne déformer en rien la réalité. Certaines fillettes dont les mères, désirant leur inspirer l'amour et le respect de la maternité, leur ont expliqué que la naissance est le résultat d'un processus accompagné de douleurs atroces, en ont conçu une véritable terreur de la féminité et ont déclaré ne vouloir pour rien au monde se marier et s'exposer à de pareilles tortures.

Les accès de colère.

Il arrive parfois que le comportement d'un garçon pendant la période préscolaire pousse son père à l'exaspération : l'enfant a des sautes d'humeur, se montre irrespectueux, malpoli, prend l'habitude de toucher ses organes génitaux, passe par des périodes d'angoisse et de craintes injustifiées. Dans la mesure où ce comportement garde un caractère passager et ne s'accroît pas, on peut le considérer comme un aspect du développement normal. Tout ce que le père peut faire en pareil cas — et il doit le faire — pour son enfant, c'est de le traiter avec ménagement en toutes circonstances, de lui parler pour dissiper ses craintes, de veiller à ce qu'il ait suffisamment d'occasions de jouer ou de se livrer à des activités normales, de ne pas prêter attention à ses accès de colère et de ne pas tolérer que ceux-ci servent de moyen pour obtenir la satisfaction de ses caprices. Si les symptômes persistent et s'aggravent, il conviendra de faire appel à un spécialiste afin de soumettre éventuellement l'enfant à un traitement.

En règle générale, des frères et des sœurs naîtront pendant cette période. Habituellement, l'enfant ne se réjouit pas de leur naissance autant que les parents le souhaiteraient. Il se montre hostile et même agressif à l'égard du nouveau-né et parfois même envers sa mère. Ou bien il devient triste et renfermé, ne manifeste plus d'intérêt pour ses activités habituelles et recommence à se conduire comme un bébé. Dans les cas de ce genre, il faut traiter l'enfant avec douceur, jouer avec lui et éviter soigneusement tout ce qui pourrait accroître sa jalousie, qui est un phénomène naturel et non pas un signe de perversité.

À la condition de se sentir assuré de garder l'amour de ses parents, l'enfant surmontera progressivement cette crise, surtout s'il a été prévenu à l'avance de la naissance d'un frère ou d'une sœur et si l'on veille à ce que l'arrivée de ce nouvel être ne lui fasse pas perdre la place qu'il occupait auparavant dans la famille.

Le moment serait mal choisi, par exemple, pour éloigner l'enfant de la chambre à coucher des parents, s'il a été habitué à y dormir jusque-là. Il est toujours préférable que l'enfant dorme dans une au-

tre chambre, tout au moins à partir de l'âge d'un an, mais ce changement ne doit, en aucun cas, se relier à la venue d'un autre enfant.

Les châtiments corporels.

On entend souvent demander ce qu'il faut faire pour amener un enfant à obéir. La plupart des parents modernes répugnent à recourir aux châtiments corporels ou à des menaces et à des tactiques invoquant ce croquemitaine du temps jadis. Pourtant, dans leur désir de trouver un moyen efficace d'éduquer les enfants, les parents ont parfois recours à une action coercitive d'un genre plus subtil : « Si tu n'es pas sage pendant mon absence et si tu n'es pas gentille avec ta petite sœur, je ne reviendrai plus jamais », avait dit à sa fillette, âgée de quatre ans, une mère qui devait faire un voyage de deux ou trois jours.

La fillette qui, au début, s'était montrée jalouse de sa sœur âgée de huit mois, et dont le comportement à l'égard de celle-ci était très variable, se conduisit de façon exemplaire pendant l'absence de sa mère et prit grand soin du bébé; elle continua même, chose remarquable, à lui témoigner la même sollicitude par la suite; mais elle commença à manifester des frayeurs apparemment inexplicables, à crier la nuit, et elle se transforma peu à peu en une enfant anxieuse et craintive.

Ce changement de caractère était dû au fait que l'enfant savait, au fond de son cœur, qu'elle éprouvait des sentiments d'hostilité à l'égard de sa sœur; elle vivait dans la crainte perpétuelle de voir sa mère mettre sa menace à exécution et l'abandonner. L'idée que la mère pourrait cesser de l'aimer et la quitter pour ne plus revenir à la maison évoquait l'éventualité d'une punition bien plus grave et bien plus préjudiciable que ne l'eût été, à l'occasion, un châtiment corporel léger et mérité.

Pour assurer à l'enfant un bon départ dans la vie, il importe de maintenir avec lui des liens étroits d'affection, de tenir compte de ses besoins croissants et de la nécessité qui s'impose à lui d'affirmer sa personnalité; son éducation doit se fonder sur des principes clairs et cohérents et les contraintes inévitables qu'il sera nécessaire d'imposer à l'enfant, dans l'intérêt de ceux qui vivent avec lui, devront être appliquées avec fermeté, mais sans rigueur excessive.

Imp. BASCONE & MUSCAT — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

Infections Rhino Sinusiennes

ADULTES **BENZO DODECINIUM** 0,25%

ENFANTS **PROPIONATE de SODIUM** 2,50%

GOUTTES O.R.L. EN NEBULISEUR

LABORATOIRES **CHIBRET** CLERMONT-F^D PARIS



TUNISIE. — Ets COHEN-JONATHAN : 55, A. de Londres — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A. FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — * MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture :

{ Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI,

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et D^r A. KHALFAT.

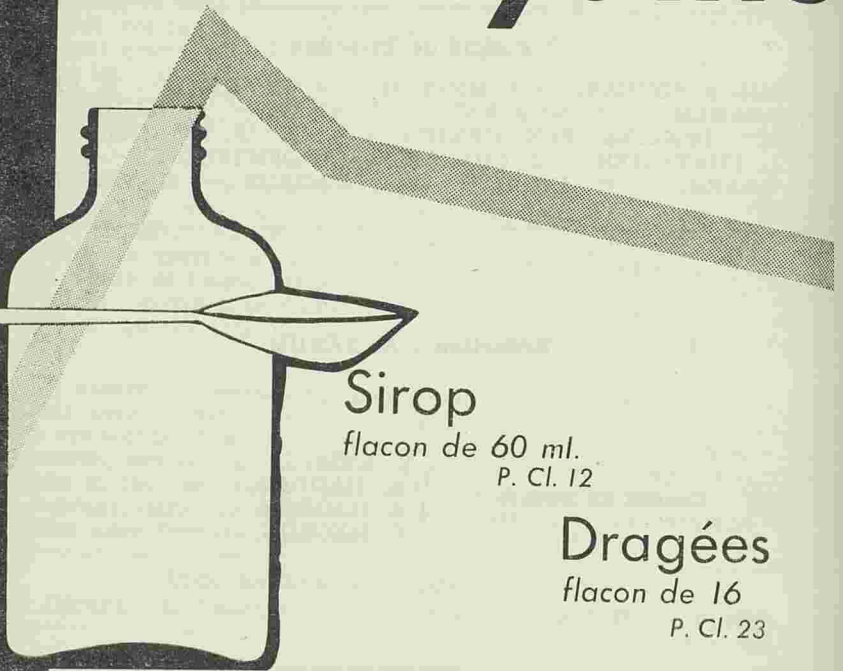
Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

*antibiothérapie voie orale
plus rapide - plus efficace*

Hexacycline



Sirop

flacon de 60 ml.
P. Cl. 12

Dragées

flacon de 16
P. Cl. 23

Remboursé S.S.

POSOLOGIE

adultes

en moyenne 1g par jour, soit 4 dragées

enfants

en moyenne 0,02g par kg de poids et
par jour (2 mesures pour 5 kg)

DIAMANT



LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63 BD HAUSSMANN, PARIS 8^e • ANJ. 46-30

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

le ferment vivant

VIVACIDOL

RÉGÈNÈRE *la flore de défense*
et

NORMALISE *le milieu intestinal*

INFECTIONS
INTESTINALES
et séquelles

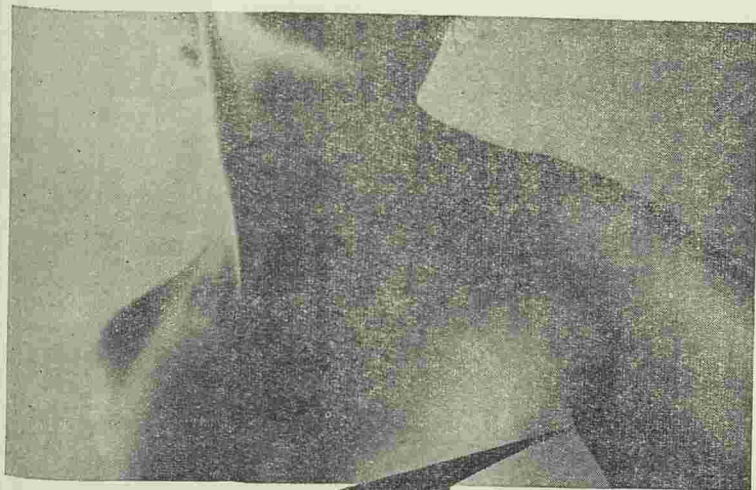
3 à 4 ampoules
buvables par jour
loin des repas

Laboratoires F. BOUCHARD
6, rue Anna-Jacquin - BOULOGNE (Seine)

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090



affections cutanées



anti-infectieux

anti-inflammatoire

pommade

Biocidan

à l'hydrocortisone

parichy

Laboratoires **CLIN-COMAR**, 20, rue des Fossés-St-Jacques - PARIS (V^e) - ODÉon 27-20

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



<i>Les hépatectomies réglées</i> , par le Pr. Agr. Claude COUINAUD (Paris)	225
<i>Virus du trachome. Isolement et propriétés</i> , par G. RENOUX ..	247
<i>Place du traitement ambulatoire dans *la lutte antituberculeuse</i> , par A. ZAIMI, I. ZAIMI et N. LEGROS	263
<i>Société Médicale de l'Afrique Noire de langue française</i>	279
<i>Livres reçus</i>	281

LOBAMINE - CHOLINE

VITAMINÉE C et E

Nouvelle association **LIPOTROPE** et **HÉPATO-PROTECTRICE**
de conception moderne.

Flacon de 60 comprimés dragéifiés (6 à 8 per jour).

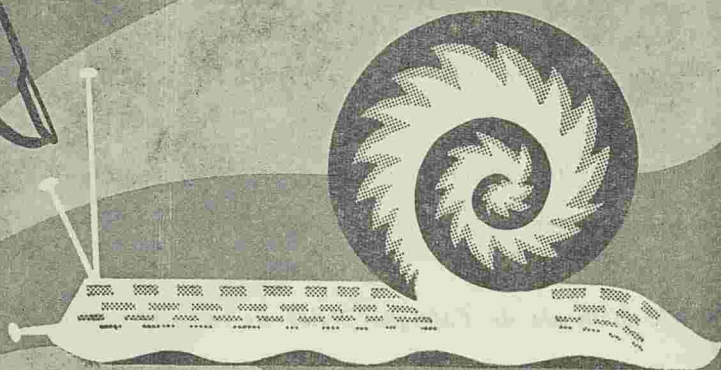
Remboursable par la Sécurité Sociale.



LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS-16^e

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

HYPERSENSIBILITÉ MENTALE



COVATINE

(N 68)

DÉCONTRARIANT

**REPLACE LES ÉVÈNEMENTS
DANS LEUR JUSTE PERSPECTIVE**

50 dragées à 0,05 g - Prix cl. 4

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES A. BAILLY - 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8^e



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de.

TRONOTHANE

Marque Déposée



l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**
44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRON 47-77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres - TUNIS

oxyurose - ascaridiose

sirop de
PIPÉRAZINE MIDY

*Concentration maximum
Activité constante
Atoxicité*



LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM, PARIS-17^e

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

SOMMAIRE (2^{me} partie)

INFORMATIONS :

<i>Faculté de Médecine de Lyon, Journées obstétricales et Stage de perfectionnement</i>	283
<i>American College of Gastro-Enterology : Cours de perfectionnement de gastro-entérologie</i>	283
<i>XIX^e Congrès International des Sciences Pharmaceutiques (Zurich, 6-20 septembre 1959)</i>	285

remboursé
par la sécurité sociale

10 cc = 10 γ
anémie
croissance
nutrition

GLOBIRON

vitamine B 12
facteur intrinsèque
oligo éléments

**boîte de
20 ampoules
de 10 cc**

P. classé 15

laboratoire **ROGER BELLON** Neuilly - Paris

TUNISIE — Ets H. BONAN et C^{ie} : 34, Rue de Marseille — TUNIS

OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

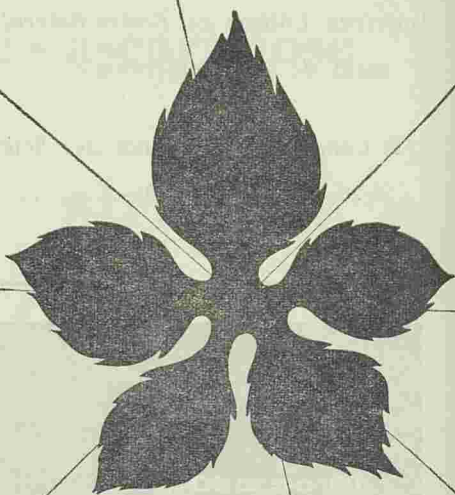
Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations vasculaires.

Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.



A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.

1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.

LABORATOIRES

Biosedra

S. A., 28, RUE FORTUNY - PARIS-17^e - TÉL. CAR. 20-22, 23

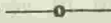
USINE A MALAKOFF

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

Les hépatectomies réglées

par le Pr. Agr. Claude COUINAUD

(Paris)



Je ne désire pas entrer ici dans de longues considérations techniques, mais dégager les principales indications opératoires et analyser les résultats obtenus d'après ma statistique personnelle.

Les résections du foie se faisaient, jusqu'à une date encore récente, à la demande des lésions, c'est-à-dire que l'on coupait le parenchyme hépatique au delà des limites du territoire à enlever; l'hémostase était assurée par une série de ligatures imbriquées passées en deçà de la tranche de section. Si une telle technique est encore valable pour des tumeurs des bords, * presque « extériorisées » de l'organe, ou certaines tumeurs plus ou moins pédiculées des faces, elle présente de graves inconvénients. L'hémostase est souvent difficile à obtenir, d'autant que le parenchyme hépatique est très friable. De plus, la section aveugle, les ligatures passées dans la tranche de section risquent d'interrompre des éléments nécessaires à la survie du foie restant, artère, veine porte ou canal biliaire. Si l'on consulte les observations d'hépatectomies, disons atypiques, publiées dans la littérature passée, nous trouvons une mortalité importante due aux hémorragies per ou post-opératoires, et dans les jours suivants à « l'insuffisance hépatique ». Ce vocable recouvre en réalité une ischémie aiguë du foie par ligature artérielle intempestive.

Des recherches anatomiques approfondies que j'ai poursuivies pendant cinq ans ont montré que les vaisseaux du foie et les voies biliaires se distribuent dans l'organe d'une façon constante, permettant de délimiter des segments parfaitement déterminés, irrigués par des pédicules anatomiquement isolables, séparés les uns des autres par des plans scissuraux qui ne sont traversés par aucune anastomose valable, uniquement occupés par la continuité des sinusoides.

On peut ainsi décrire la segmentation du foie, tout comme on a décrit la segmentation du poumon. Mais alors que jusqu'à maintenant on a décrit pour ce dernier organe qu'une segmentation du pédicule afférent, sans se préoccuper de celle du pédicule efférent, les choses ont été poussées plus loin en matière d'anatomie hépatique et l'on peut ainsi décrire deux segmentations, l'une fondée sur la distribution du pédicule portal (trois éléments : artère, veine porte, voie biliaire, suivant une destinée identique et formant les pédicules portaux). L'autre sus-hépatique, basée sur la distribution — on devrait

30, Rue Singer PARIS (XVII^e)

40 ans de résultats cliniques



Pour éviter les troubles survenant avec
Antibiotiques, par voie buccale
donner en même temps du Lactéol
(Total minimum: 5 cuillères ou 1 ampoule 3 fois par jour)

nes spéciales; il répond au secteur sus-hépatique dorsal; c'est le seul territoire où secteurs portal et sus-hépatique se recouvrent exactement. On peut donc envisager autant de résections sus-hépatiques réglées qu'il y a de territoires individualisés.

Telles sont les bases anatomiques, très succinctement résumées, des hépatectomies réglées. Pour tout détail, je renvoie à mon livre paru chez Masson (1).

INDICATIONS OPERATOIRES

Les indications des résections réglées du foie sont, dans l'ensemble, rares, mais relèvent de causes essentiellement diverses. Il est difficile d'en dresser un tableau complet, de nouvelles indications pouvant s'imposer dans l'avenir. Il semble que l'on puisse retenir les affections suivantes :

1. *Malformations congénitales.*

Ce chapitre est envisagé par plusieurs auteurs, qui retiennent la résection d'une excroissance hépatique dans la cure d'une hernie ombilicale embryonnaire chez le nouveau-né, la résection d'un lobe de Riedel, la résection pour kyste solitaire congénital du foie. Certains ont fait des résections partielles sur des foies polykystiques sans que la raison en soit bien évidente, une telle affection, à moins de complications (hémorragie, infection d'un très volumineux kyste), ne relève pas de la chirurgie.

L'abrasion d'une partie du foie dans une hernie embryonnaire ne semble guère relever du chapitre des excrèses réglées, à moins que l'on ne doive pratiquer l'ablation, soit du lobe gauche, soit du foie gauche, ce qui offrirait une facilité d'hémostase certaine. L'ablation d'un lobe dit de Riedel doit demeurer exceptionnelle; il s'agit plutôt d'une curiosité anatomique que d'une maladie, et l'ablation ne s'impose qu'en cas de lésion de ce lobe, ou de phénomènes de torsion s'il est pédiculé à l'extrême, et en ce cas la section de ce pédicule permet une excrèse facile qui n'a rien à voir avec la chirurgie dite réglée. Quant aux kystes solitaires du foie, ils nous ont semblé toujours parfaitement extériorisés et traitables par simple kystectomie. Ce n'est guère qu'en cas de kyste détruisant tout le lobe gauche que l'on serait amené à faire une sectoriectomie réglée.

2. *Les infections localisées.*

Si l'on excepte les syphilomes limités, absolument rarissimes, qui peuvent simuler une tumeur maligne et sont extirpés comme tels, deux indications sont à retenir : la tuberculose et l'abcès du foie.

(1) C. COUINAUD : Le foie, études anatomiques et chirurgicales, 1957.

ANDROTARDYL-CESTRADIOL

(œnanthate de testostérone + valérianate d'œstradiol)

*traitement équilibré des troubles
de la*

Ménopause

1 injection mensuelle supprime :

les troubles neuro-végétatifs

les troubles psychiques

les troubles trophiques

Littérature et échantillons

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUffren 54-94

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

La tuberculose limitée, exceptionnelle, peut revêtir deux aspects justiciables l'un et l'autre de la chirurgie réglée, le tuberculome et la volumineuse caverne hépatique, cette dernière n'étant d'ailleurs qu'un stade évolutif du premier. PETTINARI a réséqué un tuberculome du foie; RAUBER, SOMMELET, LARGAN et FOURRIER, de Nancy, ont eu l'occasion de réséquer une énorme caverne du foie droit fistulisée dans les voies biliaires.

Les abcès du foie sont, pour la plupart, amendables par le traitement médical ou l'hépatotomie. Peut-être l'indication d'une résection se pose-t-elle dans deux circonstances : les abcès du lobe gauche (RAVEN), et l'existence d'une cavité résiduelle calcifiée évoluant vers la chronicité. Le problème rappelle donc beaucoup celui posé par l'indication des résections dans les abcès du poulmon.

3. *Les maladies parasitaires du foie.*

Dans les kystes hydatiques du foie, la résection est facultative; dans l'échinococcose alvéolaire, elle est obligatoire, si elle est possible.

Après un engouement certain, la résection pour kyste hydatique s'est vu refuser toute indication, ou tout au moins ses indications, disent certains auteurs, sont exceptionnelles. Un point doit être d'emblée souligné : la résection pour kyste hydatique est **une des plus difficiles** qui soit; il existe toujours, autour des kystes hydatiques, une réaction inflammatoire conjonctive très importante qui rend difficile l'isolement des pédicules; la masse même de la lésion altère l'anatomie normale et peut faire hésiter des opérateurs qui ne con-

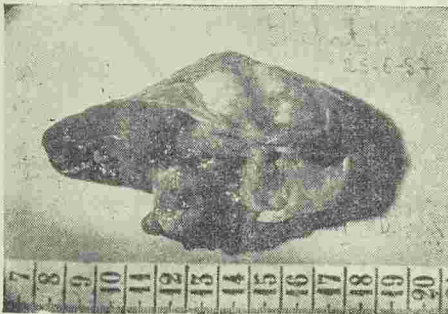


FIG. 2

Pièce de lobectomie gauche
pour kyste hydatique.

naissent pas parfaitement l'anatomie du foie. Mais ses avantages sont indéniables, comme en matière de kystes pulmonaires : elle solutionne d'emblée les problèmes posés par l'évolution des cavités résiduelles et les fistules biliaires. Lorsqu'un kyste est superficiel et peut-être mis à plat facilement, il est bien évident qu'on peut en obtenir la guérison par des moyens techniques plus simples : évacuation du kyste, résection partielle de la coque, hystectomie. Le pro-

blème est beaucoup plus difficile pour les kystes que l'on ne peut « mettre à plat », en particulier les kystes anciens, infectés, à parois calcifiées, fistulisés dans les voies biliaires. Pour peu que la coque soit épaisse et résistante, elle opposera une barrière suffisante à l'hypertrophie compensatrice et l'élasticité naturelle du parenchyme hépatique, et s'il existe une fistule biliaire, celle-ci peut persister indéfiniment. On a proposé de colmater la cavité avec l'épiploon après évacuation du kyste, de façon à en obtenir le comblement; mais ceci n'est pas toujours possible, et récemment nous avons opéré un cas où l'épiploon réduit à une simple frange parallèle au colon transverse ne se prêtait pas à la manœuvre. Pour permettre à l'hypertrophie du foie de combler la cavité, il faut donc recourir à la résection de l'adventice, depuis longtemps préconisée par les chirurgiens russes, d'autant qu'elle peut renfermer des lésions hydatiques secondaires. Mais l'ablation de cette adventice, développée aux dépens du parenchyme hépatique lui-même, est assez difficile et hémorragique, surtout dans les kystes volumineux qui ont atrophié le parenchyme hépatique; on rencontre alors de très volumineux vaisseaux, voire des canaux biliaires importants qui peuvent être blessés durant les manœuvres opératoires. La pire condition anatomo-pathologique se trouve réalisée quand une telle poche, irréductible, communique avec les voies biliaires. Toute suture du canal biliaire dans la paroi lardacée de la coque est aléatoire et il peut s'en suivre une fistule biliaire persistante d'importance variable. La ligature d'un tel canal biliaire ne peut être faite avec succès qu'en dehors de la coque, après son ablation. L'ablation de l'adventice est donc une nécessité impérieuse dans ces cas, et sans entrer dans le chapitre plus vaste des indications chirurgicales dans les kystes hydatiques du foie, nous ne définirons que la place des résections réglées, qui s'imposent chaque fois qu'elles semblent de réalisations plus aisées que la kystectomie. Les kystes du lobe gauche, relativement fréquents, relèvent toujours d'une hépatectomie réglée; par leur volume, ils « soufflent » le lobe, et la kystectomie laisserait persister une coque de parenchyme atrophié, plus ou moins sphérique, à parois très minces, peut-être vouée à la nécrose; la résection enlève le kyste, facilite l'hémostase et règle d'emblée le problème d'une fistule biliaire s'il existe.

Dans les volumineux kystes droits, le problème se pose à peu près de la même façon. Si ces kystes ne peuvent être mis à plat, si leur cavité ne peut être comblée par l'épiploon, il faut avoir recours à la kystectomie lorsque la coque est très épaisse, ne permettant un effacement rapide de la cavité après évacuation du parasite, et ceci de façon d'autant plus impérieuse qu'il existe une fistule biliaire ou intestinale. L'indication posée, à ce moment l'hépatectomie droite peut être de réalisation plus aisée que la kystectomie. Deux dangers très importants sont à signaler dans cette localisation : le risque de défaillance cardiaque après évacuation d'un volumineux kyste com-

primant la veine cave, signalé par BOURGEON et ses collaborateurs, la possibilité de blessure de la veine cave. Il vaut peut-être mieux à ce niveau laisser en place une partie de la paroi du kyste. Je dois avouer avoir deux fois reculé devant l'hépatectomie droite de volumineuses lésions hydatiques, l'une fistulisée dans le duodénum, l'autre dans la voie biliaire. Le premier malade est mort très rapidement d'une importante déperdition duodénale, l'autre au bout de 6 mois présente toujours une fistule biliaire importante avec suppuration de la cavité résiduelle et pose le problème d'une difficile résection secondaire du foie.

Dans l'échinococcose alvéolaire du foie, l'indication opératoire est impérative. Malheureusement, l'affection est difficilement diagnostiquée. Les malades ne parviennent que tardivement à la chirurgie, et souvent les lésions sont au delà de toute possibilité thérapeutique, soit du fait de la dissémination des nodules à la totalité de l'organe, soit du fait de l'envahissement des structures biliaires. Seule, la résection du foie est possible, et mon Maître, Monsieur le Docteur HEPP, est sans doute le premier en France à avoir pratiqué une exérèse hépatique pour échinococcose alvéolaire. J'ai opéré, en novembre 1956, un enfant de 4 ans qui présentait une lésion diffuse des lobes gauche et carré et un nodule du dôme du foie. Une hépatectomie gauche subtotale et l'ablation du nodule ont permis l'extirpation de la totalité des lésions, et l'enfant demeure guérie au bout de plus de deux ans et demi. Une très belle observation de CHALNOT et GROSSEDIER montre jusqu'à quel point on peut reculer les limites de la résection. Dans leur cas, les lésions avaient envahi le hile et ils ont dû pratiquer une hépatectomie droite réglée avec résection du confluent d'origine de la voie biliaire principale; l'intervention a été terminée par une anastomose du canal hépatique gauche avec une anse jéjunale montée à la Roux. En l'absence de tout traitement médical efficace, seule la résection peut apporter parfois l'espoir d'une guérison dans une affection qui, à la longue, est régulièrement mortelle.

4. Les tumeurs bénignes.

Les tumeurs bénignes du foie sont très diverses, comme le montre la lecture de la splendide monographie de NINARD. En pratique, il en est surtout deux à retenir : les angiomes du foie et les adénomes dits « solitaires ».

Les angiomes, qui sont l'une des tumeurs les plus fréquentes du foie, ne sont accessibles à la résection que s'ils sont limités; fort heureusement, ils se localisent volontiers au lobe gauche. Ce sont des tumeurs d'évolution très lente. Ils peuvent répondre favorablement à un traitement radiothérapique. La résection semble cependant à conseiller. La parfaite tolérance ne doit pas faire méconnaître le risque



Rhumatismes...

Thionaiodine *Vitaminee B₁*

INJECTABLE
100 MGRS



COMPRIMÉS
100 U. I.

Agent Général pour la Tunisie : O. S. P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

d'hémorragie intrapéritonéale spontanée ou traumatique, qui peut s'avérer fatale. D'autre part, un échec du traitement radiothérapique peut rendre la chirurgie secondaire particulièrement difficile. Je crois

FIG. 3

Hémangiome du foie.



donc que chaque fois que les lésions sont suffisamment limitées pour se prêter à une résection, celle-ci doit être de règle. J'ai eu l'occasion d'opérer deux angiomes du lobe gauche, l'un et l'autre survenant chez des femmes. Le premier était manifestement un angiome artériel, car les tumeurs kystiques, assez impressionnantes, qui boursoufflaient le lobe gauche, se sont immédiatement affaissées, au moment de la ligature artérielle dans le sillon du ligament rond. Dans l'autre cas, au contraire, l'interruption artérielle n'a amené aucune modification de la tumeur.

Les adénomes solitaires du foie, l'adénome de CATHALA, sont indiscutablement une tumeur bénigne; cependant, l'énucléation pure et simple entraîne souvent la récurrence. Enfin, il existe tous les degrés possibles entre tumeurs bénignes et malignes, que l'origine soit la travée hépatique ou les canaux biliaires, aussi vaut-il mieux toujours passer au large et faire une résection hépatique. Monsieur le Professeur SÉNÉQUE et ses collaborateurs en ont rapporté naguère une splendide observation.

5. Les tumeurs malignes.

Les idées ont considérablement évolué en matière de tumeurs malignes du foie. Les tumeurs primitives étaient réputées exceptionnelles, la règle étant les métastases multiples. Les choses ne se présentent plus de la même façon; cependant, la part de la chirurgie reste, en ce domaine, fort limitée. Les métastases sont souvent multiples, les tumeurs primitives ou bien sont des maladies de système (en particulier affections de l'appareil réticulo-endothélial), ou bien sont pluri-centriques, disséminées dans la masse du foie, survenant volontiers sur un état de cirrhose assez particulier. La chirurgie ne peut donc être réservée qu'aux néoformations limitées, et les possibi-

lités de résection dépendent de l'extension de la tumeur. Les résultats à distance sont fonction de la totalité de l'exérèse et du potentiel de malignité de la lésion. Le seul cholangiome malin que j'ai opéré est mort de récurrence environ deux ans après l'intervention. Néanmoins, dans l'état actuel de nos connaissances, il semble bien qu'il faille recourir à l'hépatéctomie chaque fois que les choses semblent possibles.

Les tumeurs métastatiques du foie sont une mauvaise indication; on ne peut guère envisager l'exérèse qu'en cas de métastase unique, ou de métastases multiples limitées à un secteur déterminé de l'organe. La plupart des cas qui m'ont été soumis étaient hors de toute possibilité chirurgicale, et la seule résection pratiquée l'a été dans un but psychologique, chez une infirmière qui percevait à la palpation sa tumeur hépatique. Il est bien évident que s'il existe une métastase hépatique, c'est la signature d'une dissémination veineuse, ou d'une thrombose cancéreuse dans la région du néoplasme initial, et l'on sait le fâcheux pronostic de cette éventualité. D'autre part, il y a toujours de fortes chances qu'à côté de la métastase reconnue il en existe d'autres, microscopiques, qui compromettent le pronostic. De plus, la survenue de la métastase hépatique traduit peut-être « un moment évolutif » de la maladie cancéreuse. Cependant, on ne peut perdre de vue qu'il existe dans la littérature un certain nombre d'observations de survie après exérèse d'une métastase hépatique (SHAFFER et PRICE 4 ans, STRAUS et SCHANLON 5 ans, MOLLER 6 ans, SÉNÈQUE et AUROUSSEAU 5 ans). La conclusion s'impose donc : le succès est de toute évidence très problématique, mais l'existence de ces observations incite à proposer l'exérèse chaque fois que la métastase est unique ou qu'un seul territoire du foie est atteint.

Des résections pour tumeurs malignes secondaires, on peut rapprocher les résections imposées pour propagation au foie d'une tumeur d'un organe voisin. En pratique, c'est toujours de l'estomac dont il s'agit; mais une tumeur colique ou rénale peut envahir le foie et poser le problème d'une exérèse hépatique associée, dont le pronostic semble meilleur qu'en cas de métastases.

6. *Les traumatismes.*

L'intervention chirurgicale n'est pas obligatoire en matière de traumatisme fermé ou de plaie du foie. C'est l'importance de l'hémorragie interne qui dicte dans l'immédiat l'indication opératoire. Rien n'est plus variable que l'étendue des lésions, et la plupart des interventions pratiquées ont consisté en un nettoyage des caillots et des tissus contus, à la mise en place des mèches dans un but hémostatique et parfois la suture du parenchyme. Il est difficile de se faire une idée de la place de la résection en matière de traumatisme du foie. Le problème ne se pose sans doute qu'en cas d'une section trau-

matique presque complète d'une fraction du foie, ou pour régulariser une plaie hépatique. Un des dangers consiste à laisser du parenchyme ischémié par lésion d'un pédicule vasculaire principal; c'est sans doute ce qui explique la fréquence des abcès du foie au décours de ces accidents. L'expérience des résections hépatiques, qui montre qu'après ligature des pédicules vasculaires il existe dans le territoire correspondant une cyanose très nette dont les limites indiquent le secteur atteint. Sans doute, en cas de plaie pénétrante, ou de section traumatique s'avançant profondément dans la masse du foie, convient-il d'inspecter soigneusement la couleur de l'organe, et en cas d'ischémie indubitable il semble bien que la résection soit indiquée.

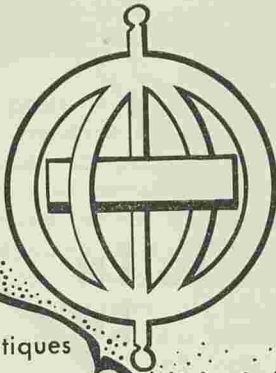
Dans les suites des traumatismes du foie, une résection peut être nécessaire; on peut, jusqu'à présent, retenir deux indications opératoires. La première est illustrée par la très belle observation de THOMERET, DUBOST, DUBRAY-VAUTRIN et CABROL. Un mois après une lésion traumatique du foie droit, d'ailleurs opérée, apparurent des hémorragies digestives mettant à plusieurs reprises la vie du blessé en danger. Une fistule vasculo-biliaire permanente fut suspectée et une hépatectomie droite réglée permit de sauver la vie de ce patient. La pièce opératoire montra une fistule artério-biliaire. C'est là une indication à retenir. Cependant, on peut se demander si le repérage de la fistule par radiographie per-opératoire n'aurait pas permis un acte chirurgical plus limité.

Les sécuelles à distance en cas d'interruption pédiculaire peuvent donner matière à diverses indications opératoires. Les interruptions vasculaires se traduisent par des phénomènes nécrotiques aboutissant à l'abcédation; les lésions biliaires, ou bien aboutissent à la cirrhose biliaire et l'atrophie du territoire atteint, ou bien à la fistule biliaire. Il m'a été donné d'opérer un homme victime d'une plaie par balle de la partie gauche du hile du foie ayant interrompu la veine porte et le canal hépatique gauches. Il s'ensuivit une fistule biliaire rebelle à des essais de fermeture par les plus simples procédés. Après quelques phénomènes de rétention infectée existait une cirrhose atrophique du foie gauche et une fistule de liquide clair donnant 300 cc par jour. La persistance de la fistule, des phénomènes infectieux intercurrents imposèrent la décision d'une hépatectomie gauche.

7. *Les affections des voies biliaires.*

Diverses affections des voies biliaires peuvent imposer une résection hépatique. On n'envisagera pas ici les tumeurs des voies biliaires intra-hépatiques, bénignes ou malignes, problème déjà traité avec les tumeurs du foie.

Les tumeurs malignes des canaux intra-hilaires sont des lésions vues tardivement, au stade où l'extension hilare entraîne un ictère révélateur; seules, des lésions limitées au pédicule droit ou gauche,



stéatoses hépatiques
athérosclérose
complications du diabète
hypercholestérolémies, néphrose lipoïdique



BOITE DE 30 COMPRIMÉS A 10 Cg



4 A 8 COMPRIMÉS PAR JOUR



LIPORMONE

REMB. S.S. - AMG - COLLECTIVITÉS - AP
P. Cl. 5



LABORATOIRE CHOAY - 48, Avenue Théophile-Gautier, PARIS-XVI* - AUT. 42-43

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

0,50 G 1.M
1 G 1.M

STREPTODUOCINE

BIPENICILLINE ^{2/3}

Sarbach

**L'ASSOCIATION
PÉNICILLINE STREPTOMYCINE
DE SÉCURITÉ**



L'Association

ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPHARMA — 4, Pas. d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

si elles étaient reconnues à temps, pourraient se prêter à une exérèse par hépatectomie droite ou gauche.

Les cancers vésiculaires peuvent poser le problème d'une résection hépatique. En fait, l'affection est reconnue à un stade avancé de son évolution et le plus souvent l'atteinte du pédicule hépatique empêche toute intervention raisonnable. Un certain nombre de faits méritent de retenir l'attention. L'extension de ces cancers se fait par voie lymphatique vers le pédicule hépatique et l'on conçoit que les tumeurs du col et de la partie postérieure envahissent beaucoup plus tôt le hile et soient plus rapidement inopérables que les autres. La voie veineuse explique la diffusion vers le foie et plus particulièrement vers les secteurs paramédians droit et gauche. Enfin, on ne saurait trop dire combien atypique est l'aspect macroscopique de ces cancers et leur polymorphisme clinique; je me propose d'ailleurs de revenir prochainement sur ce sujet. Ils ressemblent tantôt à un pyocholécyste, tantôt à une cholécystite aiguë, le plus souvent à une cholécystite chronique, et le chirurgien extirpe avec difficulté une vésicule à parois épaisses lardacées : c'est l'examen histologique qui révèle l'affection. Un grand progrès sera donc réalisé lorsque l'on aura conscience de la relative fréquence de l'affection et que les aspects macroscopiques seront plus familiers aux opérateurs. Le pronostic est désespéré, du fait de l'extension double, lymphatique et veineuse. Il semble donc que, le diagnostic reconnu il faille faire un curage ganglionnaire du pédicule hépatique et enlever la vésicule avec son lit hépatique, ce qui revient à faire l'exérèse des segments V et VI. Certains ont voulu étendre la résection, et divers chirurgiens américains ont fait une hépatectomie droite élargie. A mon sens, il semble que l'on soit en droit de conserver le secteur latéral droit, et si l'exérèse des segments V et VI n'est pas suffisante, il faut cependant limiter la résection aux secteurs paramédians droit et gauche. On devine néanmoins l'amplitude de l'opération. Les résultats du traitement pour cancer vésiculaire ont été jusqu'à maintenant décevants. Trop souvent les lésions sont vues à un stade trop avancé; même vues à temps, les récurrences ganglionnaires ou hépatiques sont très fréquentes. Cependant, l'existence de quelques cas de guérison après ample résection doivent inciter à persévérer dans cette voie, faute de mieux, et il faut se rappeler que la cholécystectomie simple est en tout cas illogique et insuffisante.

La découverte d'une voie biliaire intra-hépatique nécessite parfois l'exécution d'une hépatectomie réglée. Les progrès de l'anatomie et de la technique chirurgicale permettent la découverte de canaux biliaires par simple ouverture scissurale, ou une résection très limitée. Parfois il faut encore recourir à l'ancienne technique de LONGMIRE : ablation du lobe gauche pour découvrir le canal hépatique gauche. Mais cette résection est avantageusement faite selon la technique dite réglée. Si la résection du segment III pour la découverte du canal

Amibiase intestinale

Entérites à trichomonas

Oxyurose

Colites non parasitaires

ROVAMYCINE-DIPHÉTARSONE

6753 R P - SEL DE SPIRAMYCINE DU BIS - (P. ARSONO-PHÉNYLAMINO)-1,2 ÉTHANE

COMPRIMÉS dosés à 0,50 g

Tube de 10

Tube de 25

Nouveau corps chimiquement défini
associant

- les propriétés antimicrobiennes de la ROVAMYCINE,
- l'activité anti-amibienne du BÉMARSAL (diphétarsone).

RESPECTE LA FLORE INTESTINALE UTILE

POSOLOGIE JOURNALIÈRE :

Adultes - 5 comprimés en 3 prises.

Enfants - moins d'un an : 1 comprimé en 2 prises
de 1 à 5 ans : 2 comprimés en 4 prises
de 5 à 10 ans : 3 à 4 comprimés en 3 ou
4 prises.

Au-dessus de 10 ans : posologie pour adultes.

Cure de 10 jours consécutifs, à renouveler après un intervalle de 3 à 4 semaines.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale : 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

homonyme peut encore trouver des indications, il semble que l'ablation du lobe gauche doive maintenant relever de circonstances exceptionnelles. Le fait nous est cependant arrivé chez une malade atteinte de cirrhose biliaire avec malformation congénitale du foie et absence de vésicule. La voie biliaire principale fut introuvable et après cholangiographie par ponction trans-hépatique, force fut de réséquer le lobe gauche pour découvrir un canal très dilaté et exécuter une anastomose jéjunale. Mais il s'agit là d'indications qui doivent, avec les récents progrès de la chirurgie hépatique, demeurer rarissimes.

Les cholangiectasies intra-hépatiques infectées sont inconnues dans la littérature. Un malade porteur d'une telle affection, localisée à l'arbre biliaire gauche, a été traité par hépatectomie gauche. Il semble avoir présenté une sténose du canal hépatique gauche d'origine indéterminée avec développement d'une obstruction calculeuse pigmentaire en amont de l'obstacle. Semblable indication demeurera sans doute très inhabituelle.

8. Les résections à visée physiologique.

Il n'est pas impossible que l'on voit à l'avenir se développer de telles indications. Elles seraient basées sur les travaux de SCHALM et de BAX. Ces auteurs ont repris des travaux expérimentaux antérieurs montrant que la ligature de certains canaux segmentaires du foie entraînait une cirrhose atrophiante du territoire lésé, avec hypertrophie de compensation du territoire sain. Si l'animal est préalablement rendu cirrhotique, la ligature d'une partie des canaux biliaires favorise l'hypertrophie régénérative. Bax a transposé ces données en chirurgie humaine et les premières applications se sont révélées satisfaisantes, montrant une amélioration très nette chez des cirrhotiques soumis à une ligature du canal hépatique gauche. J'ai repris cette expérimentation. En fait, l'hypertrophie ne se manifeste que si la vascularisation du foie reste satisfaisante; si l'on dérive, le sang porte vers le sang cave, l'hypertrophie compensatrice ne se manifeste pas. Voilà qui doit limiter les indications chez les cirrhotiques. D'autre part, il persiste de considérables ectasies biliaires dans le territoire lié, susceptibles de s'infecter. Par conséquent, on peut se demander si la résection hépatique n'est pas préférable, si l'on doit rechercher par un tel moyen une croissance de parenchyme sain.

De même, s'il est besoin un jour, pour une raison physiopathologique qui nous échappe encore, de réduire la masse hépatique totale, c'est à la résection partielle du foie associée à une anastomose porto-cave qu'il faudra s'adresser.

RESULTATS OPERATOIRES

Sur 14 hépatectomies, j'ai à déplorer un décès par thrombose de l'artère hépatique, qui aurait été sans doute évitable. Il s'agissait

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

FICARMONE

INJECTABLE

5-10 ET 25 AMPOULES

FICARMONE
"crudum"

BUVABLE

6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM³
COFFRET DE 18 AMPOULES

LABORATOIRE DE



L'ENDOPANCRINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS

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

d'une fistule chronique du canal hépatique gauche avec cirrhose atrophique du foie gauche. Une erreur de topographie a fait lier en même temps que le pédicule gauche le pédicule paramédian droit. Après reconnaissance de cette erreur, la ligature a été supprimée et l'hépatectomie conduite correctement. L'autopsie a montré une thrombose de l'artère hépatique; sans doute faut-il incriminer à son origine la lésion endothéliale provoquée par la ligature. Ce décès était donc parfaitement évitable : l'exérèse du secteur paramédian droit aurait dû être pratiquée, ou tout au moins un traitement post-opératoire par anti-coagulants.

Les complications inhérentes à la résection hépatique ont été rares dans cette série, et l'on doit considérer que, correctement exécutées, les hépatectomies ont des suites remarquablement simples. Un seul fait est à remarquer : dans 3 observations (2 résections du lobe gauche, 1 hépatectomie gauche) est survenue presque aussitôt après l'intervention une tachycardie importante de 120 à 160, sans rapport avec aucune ascension thermique, ou avec des phénomènes de choc. A deux reprises, il fallut employer la digitaline pour ralentir le cœur.

Deux malades ont présenté une complication infectieuse locale. Dans un cas, après résection du lobe gauche et extirpation d'un kyste postérieur se développa un abcès sous-phrénique postérieur; il ne semble donc pas en rapport avec la résection hépatique. Par contre, un malade ayant subi une hépatectomie gauche pour cholangiome malin a présenté un écoulement purulent pendant un mois. Il est à noter que la résection a empiété sur le secteur paramédian droit, l'hémostase étant réalisée selon la technique classique des points imbriqués. Il n'est pas exclu de penser que la suppuration a été entretenue, sinon conditionnée, par la nécrose de la bande de parenchyme étranglée dans les points d'hémostase.

Après exérèse du lobe gauche, j'ai observé une fistule biliaire par lâchage d'une ligature pédiculaire qui a duré 3 mois et s'est tarie.

Les résultats opératoires sont donc particulièrement satisfaisants, et l'on remarquera en particulier l'absence de décès par hémorragie, soit au cours, soit après l'opération : c'était, on s'en souvient, le grave écueil de la chirurgie hépatique, jusqu'au développement des récentes techniques d'exérèse.

LA VALIDITE DES RESECTIONS REGLEES DU FOIE

La preuve semble donc faite de l'excellence des résections réglées du foie. D'ailleurs, de nombreuses observations, pour la plupart de langue française, confirment maintenant la valeur de cette technique.

Certaines critiques ont été néanmoins avancées. L'anatomie segmentaire du foie, base même de ces interventions, a été critiquée,

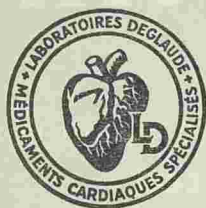
surtout en ce qui concerne l'organisation du foie droit. Je ne vois, en fait, aucune raison de modifier la description initiale en 2 secteurs portaux latéral et paramédian séparés par un plan scissural droit renfermant la veine sus-hépatique droite supérieure, ce qui explique la possibilité de deux sectoriectomies droites. La meilleure réfutation aux critiques avancées par certains a été la réalisation pratique d'une sectoriectomie paramédiane droite par FRÉDET et BERNIER en 1956.

Les difficultés opératoires ont été avancées par d'autres. Tout récemment, CORNELIU POPESCO a écrit dans « La Presse Médicale » : « La situation et le volume de la tumeur modifient parfois d'une manière inattendue les rapports et la projection des troncs vasculaires sur les surfaces du foie. Fréquemment, le processus pathologique ne permet plus une dissection et leur ligature préalable ». A cette critique, je répondrai qu'il est bien évident qu'un processus pathologique modifie l'anatomie normale, mais il en est de même pour tous les organes, ce qui n'empêche nullement de faire de la chirurgie réglée. Ce n'est d'ailleurs pas la projection des pédicules sur la surface du foie qui importe, puisqu'ils seront reconnus par dissection hilare, et il ne me semble pas très logique de recommander des résections « atypiques », à la demande des lésions, en indiquant, projetés sur les faces supérieure et inférieure du foie, les repères vasculaires dangereux : ils sont, dans ce cas, déplacés — refoulés ou attirés — par les processus pathologiques, et c'est justement dans ces cas que leur reconnaissance préalable s'impose pour ne pas risquer une interruption intempestive. Si, d'autre part, l'accès d'un pédicule est difficile, masqué par exemple par une volumineuse tumeur, la voie scissurale s'impose d'emblée, et l'ouverture première du foie le long, soit de la scissure principale, soit de la scissure ombilicale, offre dans ces cas d'incomparables avantages. On peut avancer que plus les lésions sont importantes, plus elles s'approchent du hile, plus la technique dite réglée devient nécessaire, et je connais plusieurs séries opératoires qui, à la suite de résections atypiques pour volumineuses tumeurs, sont entachées d'une mortalité excessive dans les jours qui suivent la résection hépatique. Ces décès sont dus à une interruption artérielle totale du foie. Je ne pense pas qu'une exérèse aussi étendue que celle de CHALNOT et GROSODIER, pour échinococcose alvéolaire ayant envahi le hile, soit réalisable autrement que par la technique réglée. Seule, elle permet de respecter à coup sûr les éléments destinés au parenchyme restant, et là où elle rencontre des difficultés, la chirurgie atypique ne peut être que plus dangereuse.

Une deuxième critique adressée aux exérèses réglées est le sacrifice parfois nécessaire d'une trop grande étendue de parenchyme sain. Ceci est surtout vrai pour les lésions des bords du foie; et il est bien évident que dans ces cas la chirurgie « atypique » garde tous ses avantages et tous ses droits : on se trouve à distance des pédicules dangereux et une section à la périphérie de la tumeur ne risque

pas d'entraîner de lésions ischémiques du foie ou de compromettre la continuité biliaire. Cependant, en matière de tumeur maligne, sans doute vaut-il mieux passer très au large et parfois faire l'exérèse réglée. Pour ce qui est des lésions pénétrant dans la masse de l'organe, ou centrales, il existe suffisamment de secteurs et segments dans le foie pour permettre la réalisation d'une exérèse réglée sans sacrifice excessif de parenchyme. Le même problème se pose en chirurgie pulmonaire, et il ne peut être un argument pour la défense des anciennes techniques d'hépatectomie.

Au total, s'il est parfaitement justifié d'enlever par résection cunéiforme une lésion extériorisée ou des bords de l'organe, l'exérèse atypique pour des lésions pénétrant profondément dans le foie, ou très volumineuses, ou proches des pédicules principaux, ne peut se défendre : la seule technique sûre est de reconnaître très exactement les pédicules que l'on doit lier et le plan scissural que l'on doit ouvrir. Toute autre technique est aveugle et je ne doute pas qu'à la longue, lorsque nous disposerons d'une casuistique beaucoup plus étendue, la mortalité des exérèses atypiques ne s'avère beaucoup plus importante que celle des hépatectomies réglées. Qu'il s'agisse d'une chirurgie difficile, nécessitant une parfaite connaissance anatomique de la région, c'est un fait certain; c'est là une difficulté et une servitude, mais n'en est-il pas de même en chirurgie pulmonaire, par exemple ? Et ceci ne doit pas faire méconnaître les avantages indéniables des nouvelles techniques chirurgicales.



LABORATOIRES DEGLAUDE

15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV°

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE

Tonique cardiaque

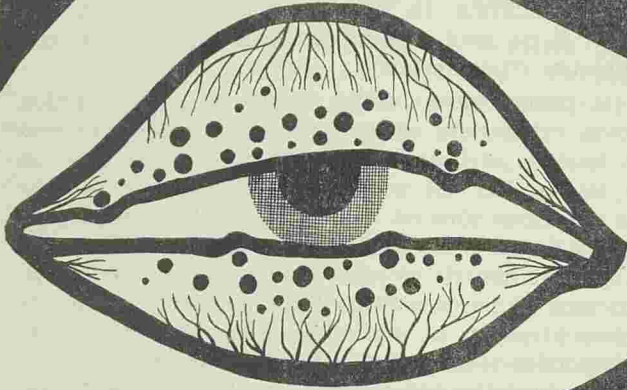
SPASMOSÉDINE

Sédatif cardiaque

SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — 10445

PARIS

Trachome



Terramycine

pommade ophthalmique
à 0,5 p. cent



Laboratoires **PFIZER-CLIN**, 22, rue des Fossés-St-Jacques - PARIS-V - ODÉ. 27-20

VIRUS DU TRACHOME

ISOLEMENT ET PROPRIETES

par G. RENOUX

— o —

INTRODUCTION

Il n'est pas dans nos intentions de faire l'historique de cette question. Ce serait mener loin et lasser la patience du lecteur éventuel par une longue énumération de tentatives similaires et sympathiques, hélas ! le plus souvent soldées par des échecs. Cependant, il serait très injuste de passer sous silence quelques publications où, véritablement, les auteurs se sont approchés de l'exactitude autant qu'il était permis par les moyens à leur disposition et l'état des connaissances à l'époque de leur travail.

CUÉNOD et NATAF (1938), BURNET, CUÉNOD et NATAF (1941), puis BURNET, CABASSO, CUÉNOD et NATAF (1942), rapportent que par culture de produits trachomateux sur la membrane chorio-allantoïde de l'œuf de poule :

- le virus du trachome semble pathogène pour l'embryon de poulet (60 % de mortalité après l'inoculation) ;
- l'inoculation de produit trachomateux provoque la formation sur la membrane chorio-allantoïde de végétations ou arborisations et de globes épidermiques ;
- on constate sur les frottis colorés au Giemsa la présence de minuscules éléments « rickettsioïdes », trois à quatre fois plus petits que les rickettsies du typhus. « On observe, dans ces membranes, des corpuscules pareils à ceux que l'on voit dans les conjonctives trachomatiques et que l'on est porté à reconnaître comme corpuscules du trachome. Le doute subsiste sur la nature de ces corpuscules...

« L'hypothèse d'un virus corpusculaire du trachome subsiste, avec un très haut degré de probabilité, mais l'identification et la définition des corpuscules restent difficiles ».

Des expériences analogues ont été faites par les mêmes auteurs par inoculation, soit sur l'allantoïde d'œufs de poule embryonnés, soit par voie nasale ou péritonéale aux souris ; les inoculations aux souris sont restées sans succès bien net. « L'inoculation sur l'allantoïde fournit un test de la présence du virus trachomateux » ; cependant les auteurs, tout en affirmant la spécificité des lésions observées, ne trou-

SANDOSTENE

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

ANTI-ALLERGIQUE
ANTIPRURIGINEUX

DRAGÉES - SIROP

Laboratoires SANDOZ
6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

— o —
DEPOSITAIRE GENERAL :
O.S.P., 10, Rue Amilcar - TUNIS

Une vraie solution de Corticostéroïde...

Solucort

21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODODECINIUM

ALLERGIE NASALE

ASTHME (AEROSOLS)

ALLERGIE OCULAIRE

LABORATOIRES

CHIBRET

CLERMONT-FD • PARIS



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

vent sur les frottis que « des corpuscules dont la nature prête à discussion ».

En 1945, MACCHIAVELLO cultive une souche de virus trachomateux à la fois sur la membrane chorio-allantoïde et dans le sac vitellin d'œufs embryonnés. Il fait la preuve de l'existence de cette souche par l'inoculation à un enfant et décrit des granules élémentaires apparaissant légèrement plus petits que ceux du lymphogranulome.

RESULTATS DES NOUVELLES EXPERIENCES ENTREPRISES A L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Une série de notes, depuis 1956, fait état des nouvelles recherches entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis par Paul GIROUD, Roger NATAF et moi-même (P. GIROUD, G. RENOUX et F. MALNOU, 1956; P. GIROUD et G. RENOUX, 1956; G. RENOUX, 1957; P. GIROUD, G. RENOUX et R. NATAF, 1958; G. RENOUX, P. GIROUD et R. NATAF, 1958; P. GIROUD et G. RENOUX, 1958 (a) et (b); G. RENOUX, R. NATAF et P. GIROUD 1958).

Les résultats consignés dans ces publications portent sur la morphologie la sérologie de l'agent du trachome et sur l'isolement de ce virus.

I. — CONSTATATIONS MORPHOLOGIQUES

Ces constatations étendent les notions admises sur la morphologie *in vivo* de l'agent du trachome.

En résumé, la présence d'éléments corpusculaires, de 200 à 500 millimicrons colorés en rouge rubis par la méthode de Macchiavello, est quasi constante dans les prélèvements faits sur la conjonctive de trachomateux Tr I à Tr III. La présence, plus rare, de gros éléments (corps de Halberstaedter et Prowazek), à côté des corpuscules élémentaires permet de décrire, confirmant les constatations anciennes, en particulier de MACCHIAVELLO, un véritable cycle *in vivo* de l'agent du trachome dont certaines phases sont morphologiquement impossibles à distinguer du virus de la psittacose. L'analogie de ce cycle est frappante avec celle du cycle des rickettsies cultivées dans les poumons des rongeurs et ne saurait surprendre ceux qui sont habitués à cette technique.

II. — CONSTATATIONS SEROLOGIQUES

1. Les sérums de trachomateux des stades jeunes, surtout Tr II prélevés au Ruanda-Urundi ou en Tunisie sont fréquemment positifs, soit par réaction de déviation du complément, soit par réaction de micro-agglutination, vis-à-vis d'un antigène psittacose ou d'un anti-

gène préparé à partir d'une souche de « néo-rickettsie » isolée de l'homme.

Ainsi, les sérums de 9 enfants trachomateux de Tozeur ont donné : 3 agglutinations positives contre un antigène « néo-rickettsien », 3 réactions d'agglutinations et 2 réactions de fixation du complément positives vis-à-vis de la psittacose.

On sait, qu'en général, les réactions de fixation du complément appliquées aux virus et rickettsies donnent des résultats de groupe (la déviation du complément ne permet pas de séparer le typhus historique du typhus murin), tandis que les réactions d'agglutination sont, en général, plus spécifiques.

Ces premiers résultats ne sont pas en nombres suffisants pour permettre une conclusion définitive. Cependant, ils permettent de penser, au moins à titre d'hypothèse de travail que :

- si le trachome est une maladie à manifestation clinique locale, il n'en existe pas moins une généralisation, ne serait-ce que sous forme d'anticorps dans le sang;
- le virus du trachome est un gros virus, apparemment du groupe lymphogranulomatose - psittacose;
- des réactions sérologiques, plus fines que la déviation du complément, rapprocheraient les virus du trachome plus de ce que P. GIROUD appelle les « néo-rickettsies » que du virus de la psittacose. Les uns et les autres appartiennent cependant au même genre, *Miyagawanella* (1).

2. Nous avons recherché l'existence d'anticorps spécifiques locaux, dans la conjonctive des malades, à la fois dans l'intention de vérifier les affinités antigéniques des virus du trachome et pour une esquisse des rapports possibles entre l'existence de tels anticorps locaux et la guérison clinique.

Les examens faits sont peu nombreux. Ils ont essentiellement pour intérêt de montrer qu'il serait bon de persévérer dans cette voie.

La technique consiste à broyer des fragments bien lavés de conjonctive trachomateuse, à mettre en suspension ces broyats dans un peu d'eau distillée puis à effectuer des réactions de micro-agglutination avec ces liquides.

Des petits fragments de conjonctive de treize trachomateux ont servi à cet essai, faits avec des dilutions à 1 : 24 et 1 : 32 du produit broyé. Trois fois on constate l'agglutination des deux types d'antigène-

(1) En effet, il n'est plus nécessaire de conserver le genre *Chlamydozoon* dont la seule différence avec le genre *Miyagawanella* est, justement, l'absence de culture dans l'œuf embryonné.

LES VITA-COLLYRES

Collyres à Tonicité et pH Physiologiques

VITASEPTINE-HYDROCORTISONE

VITA. IODUROL-TRIPHOSADENINE

VITASEPTINE CUPRIQUE

VITACARPINE

VITATROPINE

VITA. IODUROL

VITASEPTINE

VITABLEU

VITAZINC

VITARGENOL

VITACHROMOL

VERT-SULFO J.

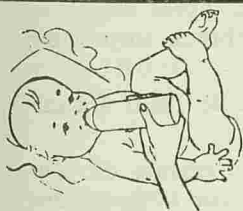
VITASEDINE

EFFICACITE MAXIMUM TOLERANCE PARFAITE APPLICATION INDOLORE

“ Remboursables par la Sécurité Sociale ”

S.A. LABORATOIRES H. FAURE

ANNONAY (Ardèche) — FRANCE



MATERNA...

- ▶ SPÉCIAL POUR NOUVEAU-NÉS.
- ▶ NORMAL POUR NOURRISSONS.
- ▶ COMPLET NON SUCRÉ.

...l'alimentation idéale des premiers mois de la vie !

LAITS MÉDICAUX MATERNA - 12, rue du Bouquet-de-Longchamp - PARIS (16^e)

TUNISIE : V. BISMUTH et Cie - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS

ne, psittacose et « néo-rickettsie »; une fois, l'agglutination de l'antigène « néo-rickettsien » seul.

Ceci confirme donc la parenté antigénique du ou des virus trachomateux avec les virus du groupe « lymphogranulomatose - psittacose ».

III. — ISOLEMENT DE VIRUS TRACHOMATEUX

Aux résultats obtenus dès 1956 et déjà relatés s'ajoutent quelques constatations nouvelles que nous résumerons maintenant.

Après examen clinique, on prépare un frottis de contrôle destiné à la recherche des éléments typiques puis les conjonctives sont lavées à l'eau salée stérile; on prélève un petit fragment de muqueuse. Ces fragments sont stockés à -22° C pendant la période des examens microscopiques; ils sont alors broyés et dilués en eau salée stérile, tamponnée à pH 7,2, additionnée de pénicilline et de streptomycine. Les broyats ainsi obtenus sont inoculés, soit à des œufs embryonnés, soit par voie nasale à des rongeurs anesthésiés à l'éther.

A) **Isolement sur œufs embryonnés.** — Les premiers essais, par diverses techniques, ont été des échecs. De bons résultats ont été obtenus en utilisant des œufs embryonnés de 9 à 11 jours, inoculés sur la membrane chorio-allantoïde à travers une fenêtre et, alors, mis à incuber à 33° C.

Les lésions constatées sur ces œufs sont : un épaissement gélatineux de la membrane chorio-allantoïde, un louche du liquide amniotique, très souvent un important œdème cérébral, toujours une congestion marquée et une hypervascularisation. Ces lésions sont à leur maximum à partir du 3^e passage.

Les images microscopiques des frottis montrent, après coloration de Giemsa ou de Macchiavello, la présence de nombreux corpuscules isolés ou en amas, de 200 à 500 millimicrons.

Le passage d'une souche de l'animal à l'œuf ou de l'œuf à l'animal donne constamment un résultat positif.

L'inoculation dans le sac vitellin, soit de prélèvements de conjonctive trachomateuse, soit de souches déjà isolées sur la membrane chorio-allantoïde ou sur poumons de rongeurs permet, dans les mêmes conditions de température, une culture extrêmement abondante de corpuscules trachomateux. La richesse des cultures ainsi obtenues se compare très favorablement à celle de n'importe quelle rickettsie ou de n'importe quel virus du groupe psittacose. Le virus du trachome tue une forte proportion des œufs inoculés (60 à 80 % dans les conditions de nos essais). Mais, si l'on attend la mort des œufs, qui survient entre le 4^e et le 9^e jour après l'inoculation d'œufs de 6 jours, il n'est plus possible de voir ces corpuscules; cependant, de tels œufs sont virulents.

Jusqu'à présent, 6 souches ont été ainsi isolées. Il semble bien qu'une des conditions de la réussite soit la présence dans les frottis

Dualité d'action
Diversité de présentations
Pluralité d'indications

Chéralène

(alimémazine - 6 549 R. P.)

antihistaminique - neurostatique

PRÉSENTATIONS

Boîte de 50 comprimés dosés à 10 mg d'alimémazine
Flacon de 150 cm³ de sirop dosé à 0,5 mg/cm³ d'alimémazine
Boîte de 5 ampoules dosées à 25 mg d'alimémazine

INDICATIONS

Affections prurigineuses
Asthme, accidents allergiques
Toux et dyspnées
Préparation à la bronchoscopie
Algies zostériennes, lombalgies
Maladie de Parkinson (adjuvant de l'Artane)
Insomnies, névroses légères
Dystonies neuro-végétatives

POSOLOGIE MOYENNE

Chez l'adulte : 1/2 à 2 comprimés, ou 1 à 6 cuillerées à soupe de sirop par jour.
Chez l'enfant : 1 à 6 cuillerées à café de sirop par jour.


THÉRAPLIX

98, rue de Sèvres · Paris 7^e · Tél. : SFGar 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

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

faits sur la conjonctive dont un fragment sert à l'inoculation, non pas de corps de H.P. homogènes, mais de corpuscules isolés ou groupés en amas, intra et extracellulaires.

B) **Isolement sur poumons de rongeurs.** — Nous avons essayé cette technique, utilisée depuis longtemps pour l'isolement ou l'entretien des Rickettsies, sur trois espèces animales : a) souris blanches, souris suisses, ou souris « Providence » provenant d'un stock adressé par K. F. MEYER (San Francisco); b) mérions (*Mérions shawi*), jeunes ou adultes; c) gerbilles (*Gerbillus hirtipes*), jeunes ou adultes. Tous ces animaux étant élevés à l'Institut Pasteur de Tunis.

Là encore, les premiers essais furent des échecs, jusqu'au moment où la construction d'une « étuve » à double circuit réchauffant ou refroidissant et automatiquement commandée a permis d'établir une température fixe de 16° C. qui paraît être la température optimum.

Nous avons ainsi obtenu 9 souches. Deux d'entre elles sont plus complètement étudiées : la souche 589 et la souche « œuf ».

— *Souche 589.* Elle a été isolée du prélèvement fait chez un enfant Tr II de l'école franco-coranique d'El Omrane; les frottis de contrôle montraient de nombreux corps punctiformes, mais pas de grosses inclusions.

Cette souche a été transmise à 134 souris, en 26 passages et à 60 mérions. Soixante-trois souris ont présenté d'importantes lésions pulmonaires : congestion ou hépatisation. Ces mêmes réactions sont notées sur 40 mérions.

— *Souche « œuf ».* Elle a pour origine « Ouradi-Khaltoum », des prénoms des 2 malades dont les prélèvements mélangés ont été inoculés aux œufs embryonnés puis transférés sur souris après le 3^e passage sur œufs. Cette souche a totalisé 28 passages sur souris (utilisant 176 souris), un nombre équivalent de passages parallèles sur œufs, des passages sur 53 mérions et sur 6 gerbilles.

Dans tous les cas positifs, on constate une hépatisation plus ou moins massive des poumons.

Microscopiquement : aux premiers passages, on note de grosses inclusions massives intracellulaires, mauves au Giemsa, rouges au Macchiavello. Puis, ces grosses inclusions paraissent se fragmenter en petits éléments arrondis ou bacilliformes, rouge vif au Macchiavello. A partir du 4^e ou 5^e passage, les frottis ne contiennent plus que des éléments punctiformes coccobacillaires le plus souvent. Ces éléments peuvent être extrêmement nombreux dans les frottis de poumon ou d'œuf. Aux premiers passages, le maximum de lésions pulmonaires semble obtenu 3 à 5 jours après l'inoculation; ensuite, ce maximum se stabilise au 6^e-7^e jour.

Les souches 589, « œuf », Manoubia, Soudani, totalisent chacune



*Couonnement
de la corticothérapie anti-inflammatoire*

DÉCADRON

le mieux toléré des corticostéroïdes

(actif au quart de milligramme)



DELAGRANGE

flacon de **40** comprimés sécables à 0,5 mg
Remboursé à 90 % par la Sécurité Sociale - p. cl. 29

D. 8

LABORATOIRES DELAGRANGE, 39, Bd de LATOUR-MAUBOURG - PARIS-7^e

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

de 15 à 30 passages. Les constatations faites restent toujours semblables à ce qui vient d'être décrit.

C) **Témoins.** — Nous l'avons dit, l'inoculation aux œufs embryonnés de poumons positifs ou l'inoculation aux poumons de rongeurs d'œuf positifs amène toujours les mêmes lésions que celles obtenues à partir de prélèvements humains.

En sens inverse, l'inoculation aux œufs, soit de tissus normaux de l'œuf, soit de poumons normaux de rongeurs n'amène ni lésions, ni l'apparition d'éléments microscopiques semblables à ceux que nous venons de décrire; l'inoculation aux rongeurs de tissus d'œuf ou de poumons de rongeurs normaux ne crée pas, non plus, aucune lésion macro ou microscopique.

D) **Essai sur le singe.** — Le 3^e passage de la souche 589 (mériion 686 sacrifié 3^e jour) est inoculé dans la conjonctive de l'œil droit du singe *Macacus inuus* n^o 692. On sait que cette espèce de singe n'est pas la meilleure pour de telles expériences. Cependant, après 7 jours d'incubation silencieuse, on constate des taches rouges de 3 mm de diamètre sur la conjonctive droite et un très léger œdème au point d'inoculation. Au 10^e jour, on note 2 follicules sur la conjonctive droite. Toujours rien à gauche. Au 13^e jour, placards hyperhémisés au niveau de la conjonctive tarsienne. Au 21^e jour, congestion de la conjonctive tarsienne.

E) **Essais sur des volontaires humains.** — Deux jeunes hommes volontaires, âgés respectivement de 16 à 25 ans ont reçu sur la conjonctive de l'œil droit : le premier, une suspension de broyat du poumon du mériion 887 représentant le 7^e passage sur poumon de rongeur et le 3^e passage sur œuf embryonné de la souche « œuf »; le second, une suspension de broyat de poumon du mériion 929, représentant le 7^e passage de la souche 589.

Une semaine se passe sans aucune réaction oculaire décelable. A ce moment, apparition d'une hyperplasie supratarsienne, de néovascularisation et d'ébauches de papilles ++. Sur les lames, les cellules épithéliales ont leur protoplasme abondamment vacuolé, de nombreux noyaux sont troués comme « mangés aux mites ». Au 9^e jour même état clinique et apparition d'ébauches de follicules. Au 12^e jour, dans l'un et l'autre cas, apparition de follicules. Au 16^e jour, ces follicules semblent se préciser; l'hyperplasie et la marqueterie papillaire sont importantes. Infiltration marquée. Congestion. Cet état est le même au bout d'un mois. Il se maintient un total de six semaines.

Les lames des frottis de conjonctive pratiqués à chaque examen clinique ont montré, à partir du 16^e jour, de nombreuses cellules épithéliales à noyau altéré, la présence d'inclusions juxta-nucléaires et des amas et des bandes d'éléments corpusculaires, intra et extra-cellulaires.

Ainsi l'inoculation à 2 hommes de 2 souches différentes, l'une à son 7^e passage sur poumon de rongeur et l'autre au 7^e passage pulmo-

MAISON
DE REPOS

TICS

SPASMES

ANXIÉTÉ

ANGOISSE

INSOMNIE

ÉMOTIVITÉ

DÉSÉQUILIBRE
DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTA

*ils sont tous
justiciables de*

SYMPATHYL

Comprimés : 3 à 8 par jour

Gouttes : 20 gouttes = 1 comprimé

naire après 3 passages par œufs, a amené l'apparition de lésions oculaires correspondant, cliniquement à un trachome fruste; cependant que, les frottis de conjonctive pratiquée tous les 5 jours montraient, au microscope, des éléments qui, après coloration de Giemsa et de Macchiavello, sont morphologiquement semblables à ceux que l'on observe dans certains stades du trachome spontané.

F) **Etude sérologique du virus isolé.** — Un antigène corpusculaire destiné aux réactions de microagglutination a été préparé, selon la technique de P. GIROUD, à partir du 7^e passage pulmonaire de la souche « œuf » (souris n^o 884) = antigène Tr 884. D'autres antigènes sont employés à titre de témoins : antigène psittacose T 13, antigènes Typhus épidémique et Typhus murin, tous trois à partir de cultures pulmonaires; antigènes Fièvre boutonneuse et Fièvre Q, obtenus à partir de cultures dans le sac vitellin.

1. **Epreuves sur sérums de lapins.** — Avant les inoculations, ces sérums sont négatifs vis-à-vis de tous ces antigènes.

Quatre lapins reçoivent, 2 par voie intraveineuse et 2 par voie intrapéritonéale, chacun 5 ml d'une suspension correspondant à 1/2 poumon de souris de la souche « œuf » au 7^e passage pulmonaire. Quatre autres lapins sont préparés de la même façon avec une suspension du 7^e passage de la souche 539. Dès le 10^e jour, les sérums de ces lapins agglutinent, à des taux compris entre 1 : 10 et 1 : 40, l'antigène Tr 884. Au 20^e jour, ces taux sont compris entre 1 : 40 et 1 : 80. Ces sérums n'agglutinent aucun des autres antigènes essayés, nous donnant ainsi les épreuves de contrôle pour une hypothétique réaction non spécifique à un antigène du tissu pulmonaire.

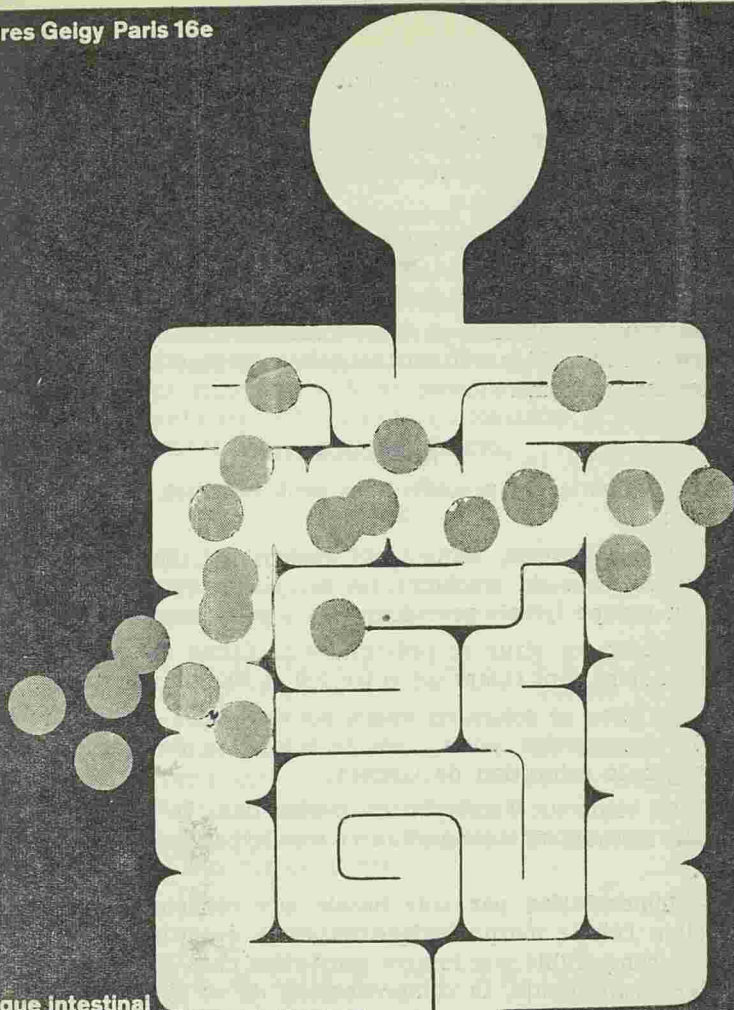
2. **Sérologie des sujets expérimentalement inoculés.** — Avant cette inoculation, les sérums des 2 volontaires présentent une agglutination négative vis-à-vis des antigènes Tr 884, psittacose, Fièvre boutonneuse, Fièvre Q et Typhus murin; ils sont positifs à \pm 1 : 160 pour le Typhus historique.

Vingt-et-un jours après les inoculations expérimentales, l'un d'eux est positif à 1 : 20 et l'autre à 1 : 40 pour l'antigène Tr 884; les autres résultats sont négatifs à l'exception du taux d'agglutination pour le Typhus historique qui se maintient à 1 : 160.

3. **Sérologie des cas de trachome spontané.** — Quatorze cas de trachome, cliniquement et microscopiquement certains, ont été étudiés; 7 sérums sont fournis par le Dr F. MALNOU (Tozeur) et 7 proviennent du Centre Ophthalmologique de Tunis (Dr R. NATAF).

Douze de ces sérums sont positifs vis-à-vis de l'antigène Tr 884 à des taux compris entre +++ 1 : 10 et ++ 1 : 80; un seul est positif sur l'antigène psittacose T 13.

Laboratoires Geigy Paris 16e



Antiseptique intestinal

Stérosan Dragées

Geigy

Comme il était à prévoir, en Afrique du Nord, un certain nombre de ces sérums sont également positifs pour la fièvre boutonneuse et le typhus épidémique.

4. **Témoins.** — Les sérums de 25 malades atteints d'affections diverses, mais indemnes de trachome, ont servi de témoins. Tous ces sérums sont complètement négatifs vis-à-vis de l'antigène Tr 884.

Les résultats obtenus chez les animaux inoculés et chez les hommes sont comparables : il existerait un antigène et un anticorps spécifiques du trachome.

CONCLUSIONS

Des éléments qui précèdent on peut conclure, au moins provisoirement :

— Chez l'homme, dans l'œuf embryonné, dans les poumons de rongeur, le virus du trachome est morphologiquement semblable aux virus du groupe lymphogranulomatose - psittacose.

— Quand ce virus se présente sous forme de corpuscules isolés, ses dimensions sont comprises entre 200 et 500 millimicrons.

— Ce virus se colore en rouge, pouvant aller jusqu'au rouge rubis pour les corpuscules isolés, par la coloration de Macchiavello et en mauve par la coloration de Giemsa.

— Ce virus tue l'embryon de poulet dans la plupart des cas; on constate toujours une congestion et une hypervascularisation de l'embryon.

— L'inoculation par voie nasale aux rongeurs a l'avantage de permettre l'étude morphologique du cycle évolutif de ce virus qu'on retrouve comparable aux images constatées chez l'homme malade; ceci facilitera, sans doute, la compréhension de ce cycle évolutif.

— Le ou les virus du trachome est sérologiquement apparenté aux virus du groupe lymphogranulomatose - psittacose; toutefois, les sérums des malades atteints de trachome, ou les sérums des animaux inoculés par les virus cultivés, agglutinent très spécifiquement le virus du trachome lui-même.

— L'espoir existe d'une réaction (microagglutination) spécifique qui permettra le diagnostic sérologique du trachome et, peut-être, d'en suivre l'évolution; des implications pour une épreuve de guérison sont possibles.

Depuis nos premières constatations, des chercheurs indépendants ont publié des résultats similaires : en Chine (T'ANG et coll., 1958); en Afrique Centrale (COLLIER et SOWA, 1958); en Arabie Séoudite (MURRAY et coll., 1958).

Nos résultats obtenus dès 1956, bien qu'on doive en noter l'aspect fragmentaire dû non pas à notre volonté, mais aux circonstances qui n'ont pas permis, faute de moyens, le développement harmonieux et

complet de ces recherches, étendent et développent les constatations antérieures faites par l'Institut Pasteur de Tunis.

Il ne fait pas de doute que, maintenant, le virus du trachome soit isolé en toute certitude, que ses caractères essentiels soient connus. Il est possible que le trachome clinique soit, en fait, causé par plusieurs virus apparentés ou différents. De ce fait, la preuve jusqu'ici exigée de la reproduction du trachome sur des volontaires humains à partir du ou des nouveaux agents isolés, se heurtera à des difficultés pratiques à peu près insurmontables. Nous pensons que la preuve sérologique, dûment administrée, est un critère nécessaire et suffisant pour démontrer l'isolement d'un virus trachomateux.

RESUME

— Des constatations morphologiques et sérologiques permettent d'affirmer la parenté existant entre le virus du trachome et les virus du groupe lymphogranulomatose - psittacose.

— Dès 1956, la culture du virus du trachome a pu être obtenue aussi bien dans l'œuf de poule embryonné que dans les poumons des rongeurs permettant ainsi de confirmer le groupe de virus auquel appartient l'agent du trachome, les dimensions et les caractères tinctoriaux de ce virus, l'existence d'un cycle évolutif de ce virus et la possibilité d'une réaction sérologique spécifique (et non pas de groupe) pour le diagnostic du trachome et, éventuellement, pour en suivre l'évolution. (Institut Pasteur de Tunis).

BIBLIOGRAPHIE

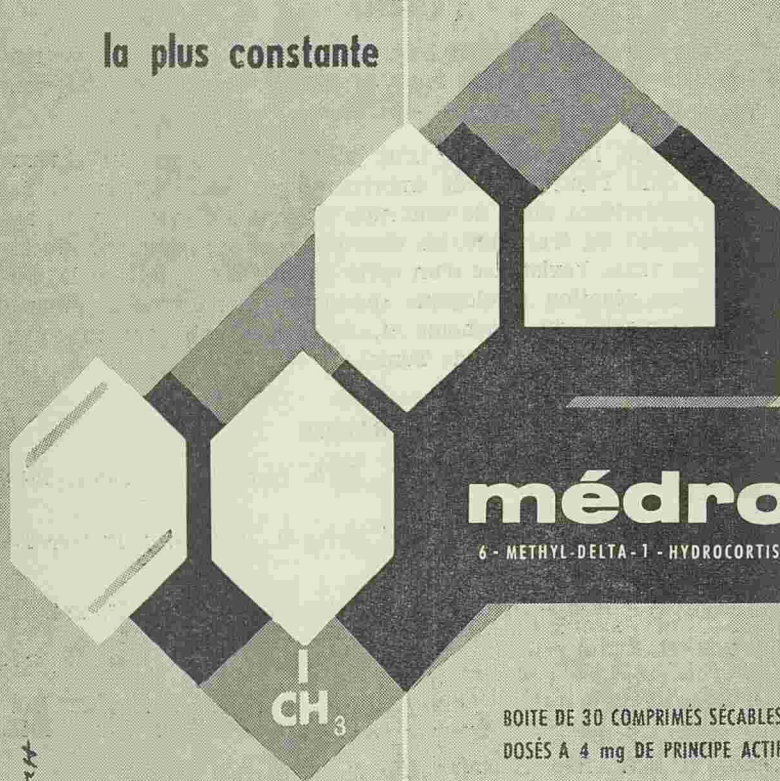
- BURNET ET., CUÉNOD A. et NATAF R., *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1940, 30, 227.
- BURNET ET., CABASSO V., CUÉNOD A. et NATAF R., *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1942, 31, 165.
- COLLIER L. H. et SOWA J., *Lancet*, 1958, 1, 993.
- CUÉNOD A. et NATAF R., *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1938, 27, 284.
- GIROUD P. et RENOUX G., *C.R. Ac. Sciences*, 1956, 242, 1656.
- GIROUD P. et RENOUX G., (a) *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1958, 35, 337; (b) *ibid.*, 341.
- GIROUD P., RENOUX G. et MALNOU F., *C. R. Ac. Sciences*, 1956, 242, 207.
- GIROUD P., RENOUX G. et NATAF R., *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1958, 35, 327.
- MASCHIAVELLO A., *Rev. Ecuador. Hig. Med. Trop.*, 1944, 2, 211.
- MURRAY E. S., SNYDER J. C. et BELL S. D., Communication au VI^e Congrès International de Médecine Tropicale, Lisbonne, sept. 1958.
- RENOUX G., *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1957, 34, 311.
- RENOUX G., GIROUD P. et NATAF R., *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1958, 35, 333.
- RENOUX G., NATAF R. et GIROUD P., Communication au XVII^e Congrès International d'Ophtalmologie, Bruxelles, sept. 1958.
- T'ANG E. F., CHANG H. L., HUANG Y. T. et WANG K. C., *Chinese Med. J.*, 1958, 75, 429.

la corticothérapie

la plus efficace

la mieux tolérée

la plus constante



BOITE DE 30 COMPRIMÉS SÉCABLES
DOSÉS A 4 mg DE PRINCIPE ACTIF

REMBOURSÉ S. S. P. C. L. 29

réf. 400,1.

LABORATOIRES **Upjohn** 63, Bd HAUSSMANN, PARIS-8^e ANJ. 46-30

Place du traitement ambulatoire dans la lutte antituberculeuse

par A. ZAÏMI, I. ZAÏMI et N. LEGROS

—o—

Alors qu'il y a une vingtaine d'années le traitement de la tuberculose pulmonaire était constitué par le trépied :

- cure sanatoriale prolongée,
- création de pneumothorax,
- prescription de traitement calcique en plusieurs séries

aujourd'hui les antibiotiques bactériostatiques et bactériolytiques ont modifié et simplifié ce schéma.

Grâce à eux, la tuberculose tend à se défaire de son masque d'épouvante; la mortalité a diminué considérablement. Mais la morbidité est restée dans notre pays aussi importante qu'autrefois. Dans une certaine mesure, depuis l'acquisition des antibiotiques, certaines formes vouées jadis à une mort fatale sont prolongées et chronicisées. Elles nécessitent des traitements de plus en plus longs.

En face de cet accroissement de la morbidité nous disposons de mesures préventives dont la vaccination au B.C.G. est au premier plan et qu'une loi récente vient de rendre obligatoire sur tout le territoire de la République. Les mesures curatives sont constituées essentiellement par le repos et le traitement ambulatoire.

Faute d'un nombre de lits suffisant pour les tuberculeux pulmonaires, le traitement ambulatoire constitue à toutes les phases de la maladie un dénominateur commun. Il est du plus haut intérêt d'étudier la valeur de ce traitement et son efficacité réelle, ses limites d'application et les principaux facteurs de succès.

Car nous devons réussir à éviter l'éclosion de la tuberculose et dans le cas de tuberculose avérée conjuguer tous nos efforts pour le traitement et l'éradication de cette maladie.

Le traitement ambulatoire a pris en Afrique du Nord une extension accrue pour deux raisons. La première est le nombre insuffisant de lits réservés aux tuberculeux qui, faute de place dans les hôpitaux ou les sanatoriums sont renvoyés chez eux. La deuxième est due à la facilité de prescription du traitement antibiotique qui peut être distribué périodiquement, en principe tous les mois, aux malades qui ne sont pas ou qui ne sont plus hospitalisés. Outre son action très puissante sur le bacille de Koch, le Rimifon offre l'avantage de pouvoir être distribué en comprimés, très bien tolérés par le tube digestif, excitant l'appétit et doué de propriétés euphorisantes certaines.

Le Professeur LÉVI-VALENSI et ses élèves furent les promoteurs du traitement ambulatoire dès le début de la généralisation de la streptomycine et dès l'apparition du Rimifon. Faute de pouvoir hospitaliser tous leurs malades ils soumièrent un lot à un traitement qui leur fut distribué quotidiennement. Au bout d'un délai de deux mois les résultats ne furent pas plus mauvais que pour les hospitalisés. La méthode se généralisa très vite. Mais très vite aussi on confondit traitement complémentaire d'une hospitalisation et traitement prescrit d'emblée en consultation externe.

Au début le traitement était court, de deux à trois mois parfois, prescrit en plusieurs séries séparées par des intervalles plus ou moins longs. Puis l'étude de la résistance du B.K. aux antibiotiques, l'étude histo-bactériologique des pièces d'exérèse et le remarquable travail de CANETTI de l'Institut Pasteur de Paris démontrèrent la nécessité de poursuivre d'une seule traite le traitement aussi longtemps que l'état lésionnel le nécessitait. C'est ainsi qu'on assiste actuellement à des traitements prescrits sans discontinuité pendant 2 et 3 ans et même davantage.

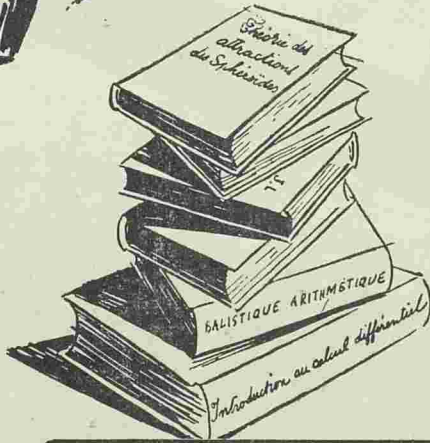
Il en résulte que dans l'ensemble le traitement institué est obligatoirement un traitement qui deviendra ultérieurement « ambulatoire »; en effet le traitement même d'une tuberculose à forme minime est au moins de 9 mois à un an. Les durées d'hospitalisation sont de deux à trois mois; le malade est soumis pendant six à neuf mois à ce traitement. Dans l'état actuel, il vaut mieux l'appeler traitement de complément ou traitement curatif par opposition à une forme de traitement qui tend à se généraliser et qui est le traitement préventif appliqué, soit aux enfants en contact avec des parents tuberculeux (expérience de Bab El Khadra), soit indistinctement à toutes les anomalies radiologiques faisant évoquer la bacillose (expérience de Djebel Lahmar sous l'égide de l'O.M.S.) (1).

Suivant l'expression d'Etienne BERNARD, la tuberculose est une maladie mondiale. Tous les pays en sont atteints, mais à des degrés très différents. Il y a les pays privilégiés comme les Etats-Unis d'Amérique et les pays Nordiques où la mortalité tuberculeuse a disparu. Il y a des pays comme la France et l'Angleterre où la mortalité est faible et où la morbidité régresse. Enfin, il y a des pays comme le nôtre, qui ont encore une forte mortalité et une très forte morbidité (de l'ordre de 10 %). Or les phases de la lutte antituberculeuse même à la faveur des découvertes récentes, ne sont pas identiques.

En Amérique et en Europe, les sanas ont fermé leurs portes parce que les formes décelées sont toutes minimales et justiciables d'une courte hospitalisation et d'un traitement complémentaire à domicile. Par

(1) Dans une publication récente, les auteurs algérois lui appliquent judicieusement l'expression « traitement extra-hospitalier ».

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NEVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

contre nos malades ne sont détectés qu'aux stades avancés de la maladie. Ce sont des formes justiciables d'un repos prolongé en sanatorium qui ne regressent que lentement sous l'influence des antibiotiques et plus souvent du repos. Les malades de cette catégorie et qui sont actuellement les plus nombreux vont donc encombrer les hôpitaux puisque leur séjour sera prolongé (faute de sana); ou bien on sera obligé de leur appliquer le traitement ambulatoire après deux ou trois mois d'hospitalisation; ces formes restent la plaie de notre système de lutte antituberculeuse.

Le problème consiste essentiellement à rattraper ce retard et à moindre frais. Le traitement a d'autant plus de chances de guérir le malade que la tuberculose est détectée aux premiers stades de son évolution. Il faut absolument éviter d'avoir à traiter des formes multi-excavées, bilatérales qui ne se voient plus en Europe depuis plus de trente ans et sur lesquels butent tous nos moyens thérapeutiques.

D'abord la prééminence doit être accordée à l'hospitalisation dans tous les cas. Tout le monde s'accorde à reconnaître que les malades qui ont été hospitalisés réagissent par la suite très favorablement au traitement ambulatoire. En effet, les antibiotiques n'agissent que sur le B.K. dont ils inhibent la croissance. Les processus de cicatrisation et de guérison se font grâce au repos, à la détoxication, à l'alimentation saine et rationnelle. Tous ces facteurs concourent à la reprise de l'état général et l'organisme reprend facilement le dessus. Mais tous ces facteurs ne sont réalisés qu'en milieu hospitalier ou en centre de cure.

Sur un autre plan qui n'est pas négligeable, c'est à la faveur de l'hospitalisation que le malade se rend mieux compte de son état. C'est à cette phase que commence l'éducation proprement dite. Le malade apprend à mieux connaître sa maladie. Les contacts avec le médecin et le personnel soignant sont plus fréquents. Très vite la discipline de cure de repos, le rythme des prises médicamenteuses se transforment en habitudes bien ancrées qui ne seront pas perdues ultérieurement. Les améliorations constatées et senties constituent également un stimulant et un encouragement.

Toutes ces conditions font cruellement défaut au malade isolé qui n'a pu bénéficier de l'hospitalisation. Il appartient au médecin avec qui le malade prend le premier contact d'expliquer en quoi consiste cette maladie qui affaiblit, mais qui ne procure pas de douleur et pour quoi, malgré l'apparent bien-être il faut continuer le traitement pendant de longs mois voire des années. Cet effort initial entrepris avec beaucoup de compréhension et un peu de patience représente un facteur déterminant dans les succès thérapeutiques ultérieurs. Aussi devons-nous prendre le temps nécessaire avec chaque malade et en l'absence d'Assistante Sociale nous muer en Conseiller. L'effort d'éducation

commence à ce stade. Et l'on a raison de dire que sans effort d'éducation il n'y a pas de lutte antituberculeuse valable.

L'isolement du malade est encore plus criant à la campagne, loin des centres. Le dénuement est grand. Chaque malade représente à lui seul un monde à défricher. Il faudrait adjoindre à chaque médecin de la Santé Publique, un médecin Phtisiologue.

Par ailleurs, la tendance actuelle est de traiter les malades avec l'éventail des antibiotiques en les associant. Alors qu'il y a quelques années, l'association avait pour principe de laisser en réserve un antibiotique majeur pour prendre le relai en cas de rechute ou dans une phase pré-opératoire, maintenant l'accord est fait pour recourir d'emblée à l'association la plus puissante. Aussi est-il devenu de règle de prescrire des cures de streptomycine et d'isoniazide associées en traitement ambulatoire. Là encore, les malades isolés, loin de tout centre, sont désavantagés puisqu'ils ne pourraient pas recevoir les injections de streptomycine.

C'est un pis aller de distribuer du Rimifon sans lui associer la streptomycine. Le P.A.S. est tôt ou tard mal toléré et délaissé par les malades. Administré seul, le Rimifon risque de faire apparaître une résistance précoce et beaucoup d'échecs du traitement sont dus à cette tactique imposée par les circonstances. C'est une règle absolue d'adjoindre la streptomycine au Rimifon quand il y a des bacilles dans l'expectoration et aussi longtemps que les bacilloscopies resteront positives (2).

En Tunisie, par une heureuse conjoncture, ce sont les enfants qui ont le mieux bénéficié du traitement moderne de la tuberculose pulmonaire. Dès la découverte de la primo-infection ou de la tuberculose parenchymateuse, l'enfant est hospitalisé, soumis au repos et aux antibiotiques associés. Après quelques mois d'hospitalisation, quand la température est devenue normale, l'état général floride, le petit malade est dirigé sur un préventorium (qui fait chez nous office de post-cure ou de sanatorium pour enfants) qu'il ne quitte que complètement guéri et avec un traitement ambulatoire de sécurité.

Ces conditions idéales sont effectivement réalisées pour les enfants dont la mortalité par tuberculose est aussi basse qu'en Europe. Ce n'est pas une gageure d'affirmer qu'en matière de physiologie enfantine, nous n'avons rien à envier aux autres pays. Ce qui se voit dans ce domaine, devrait se réaliser pour les adultes.

(2) L'étude de la résistance du B. K. aux antibiotiques et principalement au Rimifon fait l'objet d'un travail très approfondi à partir des souches résistantes isolées à Bab El Khadra par le Professeur GERNEZ RIEUX, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille et par le Professeur BLINOUX, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

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^{re} semaine : 2 ampoules par jour

2^e semaine : 1 ampoule par jour

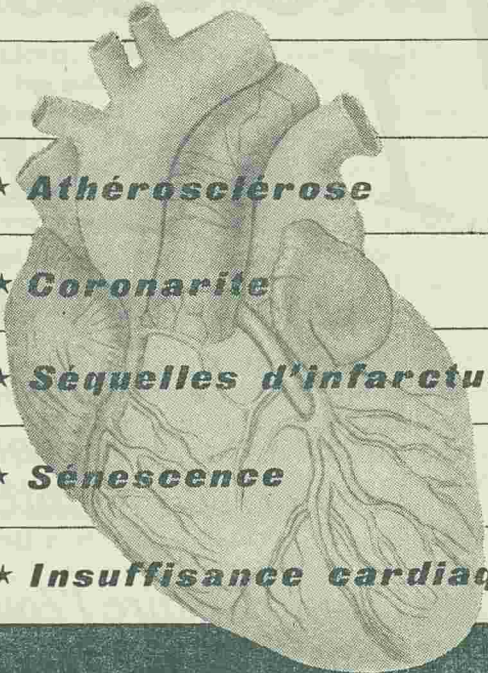
3^e semaine : 1 amp. tous les 2 jours

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

Les chances de succès du traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire semblent résider dans la création d'un service spécial de la Tuberculose qui comprendrait des phthisiologues « full-time » au moins à Tunis et dans les grandes villes. Le temps sera consacré par moitié à l'hôpital et aux dispensaires dans les campagnes. Le dépistage radiologique pulmonaire sera gratuit ainsi que les examens de laboratoire nécessaires au diagnostic de cette affection.

Tous les malades dépistés pourront être traités gratuitement à l'exclusion de ceux qui bénéficient de prévoyance sociale et de la longue maladie.

Chaque grand quartier devra être doté d'un dispensaire spécialisé dans la prévention et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le traitement ambulatoire ne doit pas être confondu avec le traitement initial qui comporte obligatoirement l'hospitalisation. La préférence sera toujours donnée aux deux antibiotiques majeurs surtout si les bacilloscopies sont positives; elles devront être contrôlées fréquemment par des cultures sur milieu de Lœwenstein. Le traitement sera poursuivi aussi longtemps que des améliorations seront constatées jusqu'à effacement complet des lésions.

Pendant quelques années, des maisons de post-cure s'avèrent indispensables pour certaines catégories de malades qui ne peuvent être maintenus indéfiniment à l'hôpital. Dans tous les cas, l'hospitalisation initiale est à préconiser; elle constitue un facteur déterminant dans la bonne évolution ultérieure de la maladie.

RESUME

La place du traitement ambulatoire dans la lutte antituberculeuse est de plus en plus prépondérante. Ce traitement doit constituer une thérapeutique complémentaire d'une hospitalisation. C'est essentiellement un traitement extra-hospitalier. Des maisons de post-cure sont encore indispensables. La lutte antituberculeuse à l'échelle nationale n'est rentable que si elle traite gratuitement indistinctement tous les malades. Tous les moyens mis en œuvre pour le diagnostic et la prévention doivent également être gratuits.

Un corps de médecins phthisiologues à temps plein, consacrant le plus clair de son temps à l'hôpital et au dispensaire, doit être constitué ou recruté à Tunis, dans les grandes villes et même à la campagne. Des maisons de post-cure et des dispensaires antituberculeux plus nombreux ont un rôle très important à remplir dans le cadre du traitement ambulatoire.

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais

**traitement
NOUVEAU**



COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL

INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉURALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÉGLES DOULOUREUSES



ACTION IMMÉDIATE

Phenacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac. Acétyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P.H.R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND DELLILE : Augmentation de fréquence de la primo-infection chez l'enfant en rapport avec la pratique du traitement à domicile des tuberculeux pulmonaires. *Académie Nationale de Médecine*, 1956, 30, 31, 559.
- BEHRENS W. : La tuberculose et son traitement à domicile par la chimiothérapie. *Bull. d'information de l'Un. Intern. contre la Tub.*, n° 3, pp. 7-9, janvier 1955.
- BERTOYE A., VIALLIER J. et PERRIN L. F. : Etude de 200 souches de bacilles de Koch isolés dans les formes ganglio-pulmonaires de primo-infection tuberculeuse de l'enfant. *Semaine des Hx.*, 22 juin 1957, n° 60, p. 2494.
- BOSWORTH H. W. : Clinical and epidemiological results of ambulatory chemotherapy in pulmonary tuberculosis. *Bull. de l'Un. Intern. contre la Tse.*, juillet-octobre 1956. *XIV^e Conf. Int. de la Tse*, New-Delhi, 1-1957, p. 555.
- BROC et HALFON S. : Traitement externe de la tuberculose de l'adulte. V^e Journées de Pneumo-Phtis. d'Afr. du Nord, mai 1956, Tunis. *Journ. de Pn.-Phtis. d'Afr. du Nord*, 1956, n° 3.
- BUNDY, MARTIN, ALEXANDER et KUEHN : Traitement ambulatoire précoce de la tuberculose pulmonaire par l'isoniazide. *Amer. J. Tub. Health*. Analyse in *Amer. Rev.*, n° 3, p. 68, mars 1955.
- BURACZEWSKI O., MIECZYSLAW JUCZNIWICZ et KWIEK A. : Clinical and epidemiological results of ambulatory chemotherapy of pulmonary tuberculosis pulmonar. *Bull. de l'Un. intern. contre la Tse*, Juillet-octobre 1956, *XIV^e Conf. Int. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, p. 509.
- CHAMBAUD J. B. : Intérêt en milieu sanatorial des études de sensibilité du bacille de Koch aux agents antituberculeux. *Thèse, méd.* Lyon 1956.
- CHEBANOV Ph. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie dans le traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire. *Bulletin de l'Un. Int. contre la Tse*, juillet-octobre 1956, *XIV^e Conf. Int. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, page 563.
- DEGLI ESPOTI et L. MARTONI : Le pouvoir pathogène des bacilles tuberculeux isoniazido résistants pour l'enfant. *Revue de la Tse*, février-mars 1958, t. 22, p. 223.
- DRESSLER, RUSSEL, GROW, DENST, COHEN et MIDDLEBROOK : Lever de patients tuberculeux sous la protection de l'antibiothérapie. *Amer. Rev.*, n° 6, décembre 1954, page 1030.
- FORGACS P. : The place of short terme hospitals in the treatment of pulmonary tuberculosis. *Tubercle*, p. 109, avril 1955.
- GILBERT M. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire. *Bull. de l'Un. Int. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, p. 544.
- GRAVESEN J. and HAGN-MEINCKE F. : Ambulatory chemotherapy in pulmonary tuberculosis. Experiences from Denmark. *Bull. de l'Un. Int. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, page 415.

- GRIESBACH : Chimiothérapie ambulatoire de la Tuberculose. *Deutsche Med. Wschr.*, 76, 37, pp. 1146-1148, 14 septembre 1951.
- GRIESBACH R. : Résultats cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans le domaine de la tuberculose pulmonaire. *Bull. de l'Un. Int. contre la Tse*, juillet-octobre 1956. *XIV^e Conf. Int. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, page 367.
- HASSAN Latif : The domiciliary treatment of tuberculosis in Egypte. *Bul. de l'Un. Int. contre la Tse*, juillet-octobre 1956. *XIV^e Conf. Int. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, p. 422.
- HECKENROTH : Les traitements chimiothérapiques prolongés de la tuberculose pulmonaire en dehors des milieux hospitaliers en A.O.F. et dans les territoires d'Afrique Noire insuffisamment développés. Journée de Pneumo-Phtisiologie d'Afr. du Nord, Tunis, 18 mai 1956.
- HIRSCH J. G., SCHAELEDER R. W., PIERCE C. H. et SMITH J. M. : Une étude comparative des effets de l'alitement et de l'activité physique sur la guérison de la tuberculose pulmonaire. *Amer Rev. of Tub.*, mars 1957, vol. 75, p. 359.
- IWASAKI T. : Clinical and epidemiological results of ambulatory chemotherapy of pulmonary tuberculosis. *Bull. de l'Un. Int. contre la Tse*, juillet-octobre 1956, *XIV^e Conf. Int. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, p. 483.
- KAPLAN, GRUMBACH et DOBROWOLSKY B. : Contrôle indirect de la contagiosité des tuberculeux pulmonaires traités à l'isoniazide par l'étude des modes de contamination dans la tuberculose initiale de l'enfant. *Presse Méd.*, 1956, n° 79, p. 1809.
- KAY D. T. : The treatment of pulmonary tuberculosis at work : a controlled trial. An interim report by the research Committee of the tuberculosis society of Scotland. *Tubercle*, n°6, 1957, p. 375.
- KLEMM E. et MEISSNER G. : Un cas de primo-infection due à des bacilles résistants à l'isoniazide et de virulence atténuée. *Beitr. Klin.*
- KRISTENSON : Quelques expériences de chimiothérapie ambulatoire de la tuberculose pulmonaire. *Acta tuberculosea scandinavica*, 30, pp. 195-202, 1955.
- LAUCKNER J. R. : Premières observations du traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire en Nigéria. *Tubercle*, n° 5, 1956, p. 321.
- LÉVI-VALENSI A., ASPAR A. et GHENASSIA S. : L'incidence de l'antibiothérapie des cracheurs de bacilles de Koch sur la contamination tuberculeuse au foyer. *Presse Méd.*, 26.2.1958, p. 341.
- LÉVI-VALENSI A. et MOLINA C. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire. *Bull. de l'Un. Int. contre la Tse*, juillet-octobre 1956, *XIV^e Conf. Int. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, page 432.
- LÉVI-VALENSI A. et BIES A. : L'antibiothérapie de la tuberculose pulmonaire dans les dispensaires de l'agglomération algéroise. *XIII^e Conf. Int. contre la Tse*, Madrid, 26 septembre - 20 octobre 1954.
- LÉVI-VALENSI A. et MOLINA C. : Les récents aspects de l'antibiothérapie dans la tuberculose pulmonaire. (Incidences médico-sociales particu-

FARINE LACTÉE


Formule *classique* ou *instantanée* pour la préparation rapide des bouillies lactées.

NIDINE

Farine de 5 céréales, non lactée, sucrée. Formule *classique* ou *instantanée*, pour la préparation des bouillies lactées à volonté.

SINLAC

Pour la préparation des décoctions et des bouillies non lactées.



les
3
farines
de
NESTLÉ

SOCIÉTÉ DE PRODUITS ALIMENTAIRES ET DIÉTÉTIQUES

18, PLACE HENRI BERGSON - PARIS (8^e)

- lièrement en Afrique du Nord). XXX^e Congrès français de Médecine, Alger, 1955.
- LÉVI-VALENSI A. et MOLINA C. : Le traitement extra-hospitalier de la tuberculose pulmonaire par les antibiotiques. *Journal de Pneumo-Phtisiologie*, n° 4, 1958.
- LEWINSKY L. et ZATEJKA-PRUCHOVA J. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire. *Bull. de l'Un. Inter. contre la Tse. XIV^e Conf. Int. contre la Tse, New-Delhi*, 1, 1957, p. 391.
- LOLLINI C. : La cure ambulatoire à domicile des tuberculeux pulmonaires. V^e Journée de Pneumo-Phtis. d'Afr. du Nord. Mai 1956 (Tunis). *Journal de Pneumo-Phtis. d'Afr. du Nord*, 1956, n° 3.
- LUNDQUIST J. : Clinical and epidemiological results of ambulatory chemotherapy in pulmonary tuberculosis. *Bull. de l'Un. Int. contre la Tse, New-Delhi*, 1, 1957, p. 538.
- MAC DOUGALL : Impression du traitement chimiothérapique ambulatoire de la tuberculose pulmonaire à Singapour. *British Journal*, juillet 1956, p. 244.
- MOODIE A. S. : Traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire à Hong-Kong. *Tubercle*, n° 6, décembre 1956, p. 451.
- PESTEL M. : La chimioprophylaxie. — Une nouvelle étape de la prévention contre la tuberculose. *Presse Méd.*, 12-10-1957, n° 73, p. 1631.
- RADINO : La cure à domicile. *Minerva Medica*, 2, 56, juillet 1954.
- ROBINS A. B., ABÉLÈS H., CHAVES A. D., ARONSOHN M. H., BRENER J. et WIDELOCK D. : Traitement antibactérien du tuberculeux non hospitalisé. *Amer. Rev. Tub.*, n° 1, janvier 1957, p. 41.
- ROBINS A. B., ABELES H., CHAVES A. D., ARONSOHN M. H., BRENER J., WIDELOCK D. et PEIZER L. : The unhospitalized tuberculous patients. *Amer. Rev. Tub.*, 69, 26, 1954.
- ROBINS A. B., ABELES H., CHAVES A. D., ARONSOHN M. H., BRENER J., WIDELOCK D. et PEIZER L. : Thérapeutique antibactérienne buccale du tuberculeux non hospitalisé. *Amer. Rev.*, n° 6, p. 1042, décembre 1954.
- SARNO A., CURBELLO de MALET S. et TRENCHI A. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire. *Hoje Tisiologica*, juin, 1957, n° 2, p. 95.
- SARNO A., CURBELLO de MALET S. et TRENCHI A. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire. Rapport sur la XIV^e Conf. Int. de la tuberculose.
- SARNO A., CURBELLO de MALET S. et TRENCHI A. : Prophylaxie chimique dans la lutte contre la tuberculose. *Hoje Tisiologica*, décembre 1956, p. 304.
- SHAVER C. G. : Clinical and epidemiological results of ambulatory chemotherapy in pulmonary tuberculosis. *Bull. de l'Un. Int. contre la Tse*, juillet-octobre 1956, XIV^e Conf. Int. contre la Tse, New-Delhi, 1, 1957, p. 382.

SIKAND B. K. and PAMRA S. P. : Clinical and epidemiological results of antibacterial drugs in domiciliary treatment of pulmonary tuberculosis. *Bull. de l'Un. Intern. contre la Tse. XIV^e Conf. Intern. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, p. 445.

DE VELASCO L. : Efectos clinicos y epidemiologicos de la quimioterapia ambulatoria en la tuberculosis pulmonar. *Bull. de l'Un. Intern. contre la Tse. XIV^e Conf. Intern. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, p. 531.

VENATOR R. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire. *Bull. de l'Un. Intern. contre la Tse*, juillet-octobre 1956, *XIV^e Conf. Intern. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, p. 493.

YORINI O. : La chimioprophylaxie de la tuberculose. *Bull. de l'Un. Intern. contre la Tse*, n^{os} 3-4, juillet 1957, p. 343.

ZORINI O. : Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire. *Bull. de l'Un. Intern. contre la Tse*, juillet-octobre 1956, *XIV^e Conf. Intern. contre la Tse*, New-Delhi, 1, 1957, p. 469.

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIDIA

≡≡≡ MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

Société Médicale de l'Afrique Noire de langue française

—o—

SEANCE DU 13 AVRIL 1959

Pseudo-hermaphroditisme par hyperplasie surrénalienne chez un enfant noir par J. SÉNÉCAL, L. AUBRY et P. BOUCHER.

Un pseudo-hermaphroditisme par hyperplasie surrénalienne est diagnostiqué chez une fillette noire de 8 ans.

La métacortandracine per os a ramené l'élimination urinaire des 17 cétostéroïdes à un taux à peu près normal.

Rappel pathogénique.

A propos d'une duodéno-pancréatectomie céphalique pour pancréatite chronique ligneuse d'aspect tumoral. par M. PAYET, H. BÉZÈS, Cl RICHIR.

Chez un Ouolof de 38 ans, présentant de très violentes crises douloureuses de l'hypochondre droit accompagnées d'une amyplasémie élevée et d'une image biligraphique montrant une importante dilatation du cholédoque sus-duodéal, découverte d'une tête pancréatique de la dimension d'une grosse orange. Sur les cholangiographies, rétrécissement diffus longitudinal du cholédoque intrapancréatique, Duodéno-pancréatectomie céphalique. Histologiquement, intenses lésions de pancréatite chronique rappelant les pancréatites d'amont. Résultat excellent. Les auteurs profitent de cette présentation pour attirer l'attention sur la pathologie du pancréas en milieu africain.

Cécité brutale par arachnoïdite opto-chiasmatique néo-rickettsienne chez un enfant soudanais. Guérison par libération neuro-chirurgicale (avec présentation de malade), par A. CARAYON, R. BOITHIAS et J. F. BLANC.

Les auteurs présentent un jeune enfant soudanais de 11 ans, devenu aveugle deux jours après un épisode fébrile avec céphalées. Son évacuation sur Dakar a demandé 20 jours et il y a subi une libération d'arachnoïdite opto-chiasmatique par volet frontal droit. L'œdème papillaire a rapidement régressé et l'acuité visuelle ainsi que le champ visuel se sont améliorés progressivement.

Une sérologie pratiquée à l'arrivée du malade a montré qu'il s'agissait d'une rickettsiose V 14.

Les auteurs discutent ensuite de la fréquence des névrites optiques en Afrique, de l'intérêt d'employer la cisternographie dans leur dépistage et de découvrir précocément leur étiologie.

Ils terminent en se demandant si une bonne partie des névrites optiques onchocerquiennes ne sont pas dues à l'étiologie rickettsienne.

Une série d'études nouvelles vont être entreprises.

Hémorragie surrénale et amibiase colique grave. A propos d'une Observation anatomo-clinique, par J. DELAHOUSSE, R. PAILLET, Ph. LEROUX.

Décès subit après 4 jours d'hospitalisation d'un Européen de 34 ans, amibien chronique au cours d'un tableau de colite grave avec insuffisance surrénale. L'examen des selles montrait une association d'amibe hématophage et de staphylocoque pathogène. L'autopsie révéla une véritable pseudo tumeur colique couenneuse où la muqueuse était détruite par d'énormes ulcérations confluentes du cœcum au

rectum. Il n'y avait pas de perforation. Les deux surrénales très augmentées de volume présentaient des hématomes massifs. Les auteurs concluent à un syndrome de Reilly. (Projection de photographies et de micro-photographies du côlon et des surrénales au cours de la présentation.

Sur deux cas de xanthomes tubéreux hypercholestérolémiques, par X. SERAFINO, V. MAWUPE-VOVOR, R. ZINSOU, GOUDOTE et ATAYI.

Les auteurs rapportent deux cas de xanthomes hypercholestérolémiques traités chirurgicalement et passent en revue les problèmes pathogéniques posés par les xanthomes. Ils notent que dans certains cas, la chirurgie peut être d'un grand secours dans le traitement des xanthomes.

Faits parasitologiques inhabituels, par R. J. BAYLET.

L'auteur présente quelques faits parasitologiques inhabituels ou insolites : cilié du genre « Ampullacula » et tyroglyphes dans les urines, « Schistosomum intercalatum » dans les selles, « Sohoematobium » dans l'expectoration, implantation rectale de trichocéphales adultes, trois cas d'entérite spirochétienne.

Sur une épidémie d'adénolymphoïdites - Investigations diagnostiques, par R. BAYLET et Y. GILBERT-DESVALLOIS.

Les auteurs ont observé, au cours des mois de janvier et février 1958, de nombreux cas d'adénolymphoïdites, survenus le plus souvent chez les enfants européens de 5 à 10 ans. Ils donnent les circonstances épidémiologiques de cette infection et rapportent les recherches, infructueuses, qu'ils ont effectuées pour isoler l'agent pathogène.

Ed. de CARQUOIS

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.

LIVRES REÇUS.

G. OFFRET et G. LOMBARD : « **Ophthalmologie** » (Directives thérapeutiques médico-chirurgicales).

Un vol, in-8° de 370 pages, Prix : 3.750 francs, G. Doin et C^{ie}, édit, Paris, 1959.

*
*
*

« **Analgésie Psychologique en Obstétrique** » (Journée d'Etudes sur l'Analgésie Psychologique en Obstétrique — Paris, 7 avril 1957).

Publié par les soins de P. ABOULKER, L. CHERTOK et M. SAPIR, Introduction de H. DE WATTEVILLE, Pergamon Press, édit.

*
*
*

Raoul LECOQ : « **Les Vitamines** » (Le dépistage de leur carence et leurs indications thérapeutiques).

Un vol, in-8° de 346 pages, avec 2 figures, 9 tableaux, Prix : 4.600 francs, G. Doin et C^{ie}, édit, Paris, 1959.

*
*
*

Activité de l'OMS en 1958 : Rapport annuel du Directeur général à l'Assemblée Mondiale de la Santé et aux Nations Unies.

AÉROCID

1 Cachet matin et soir ou 2 Comprimés

Aérophagie - Aérocolie - Hypotonie
gastro-intestinale - Insuffisance
hépatique

AQUINTOL

Gouttes * Suppositoires * Sirop

Adénopathies trachéo-bronchiques
Toux spasmodiques - Coqueluche
SÉDATIF ANALGÉSIQUE

OPOCÉRÈS

SIMPLE OU VITAMINÉ

Dragées à croquer * Ampoules buvables

Asthénies physiques, psychiques ou
intellectuelles - Alcalose
RECONSTITUANT-DYNAMISANT
PONDÉRATEUR du Ph. humoral

ASSOCIATION PHYTO-HORMONALE SÉDATIVE ASSOCIÉE
ACTIVE PAR VOIE BUCCALE

HEMORAME

A L'ANHYDROXYPROGESTÉRONE

Cachets : 2 à 4 par jour
Comprimés : 4 à 8 par 24 heures

NOUVEAU RÉGULATEUR
DU FLUX MENSTRUEL

LABORATOIRES DE L'AÉROCID - 248 bis, rue G.-Péri - CACHAN (Seine)



le laboratoire français des stéroïdes

1952 CORTISONE ROUSSEL

1953 HYDROCORTISONE ROUSSEL

1955 CORTANCYL

1957 HYDROCORTANCYL

1959

DECTANCYL

21-acétate de 16 α -méthyl, 9 α -fluoro-deltahydrocortisone

**Toutes les indications de la
CORTICOTHÉRAPIE**

Flacon de 30 comprimés, avec barre de cassure,
dosés à 0,55 mg d'acétate de dexaméthasone
correspondant à 0,5 mg de dexaméthasone base.

Tableau A.

Prix : 1,870

Remboursé par la Sécurité Sociale.

DIFFUSION MONDIALE

Les Laboratoires Roussel, 35, Bd des Invalides - Paris VII^e
Alger : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel
Casablanca : Société marocaine des Laboratoires Roussel, 382 Bd
Mohammed-V
Tunis : O.S.P., 10, rue Amilcar

INFORMATIONS**FACULTE DE MEDECINE DE LYON**

—O—

Journées Obstétricales et Stage de Perfectionnement

Du lundi 5 au jeudi 8 octobre, trois Journées seront consacrées à la mise au point de questions d'Obstétrique et de Gynécologie d'actualité, ainsi qu'à l'étude de problèmes biologiques dans le cadre des fonctions de reproductions. Six à huit exposés, d'une durée de 20 minutes, auront lieu chaque jour, chacun d'eux étant suivi d'une discussion libre.

A l'occasion de cette réunion obstétricale, trois conférences seront faites par MM. les Professeurs VARANGOT (Paris), VOKAER (Bruxelles), POLLOSSON (Lyon).

A la fin de ces Journées, les auditeurs désireux de prolonger leur séjour dans le Service, pourront y suivre un stage du 8 au 18 octobre. Ils assisteront chaque jour à des cours de propédeutique et participeront à l'activité du Service en assurant, à temps plein, la surveillance et la direction des accouchements et en effectuant, sous la direction des Chefs de Clinique et des Moniteurs de garde, les interventions de pratique courante.

Ces Journées obstétricales sont organisées par M. le Professeur PIGEAUD, avec la collaboration de MM. les Professeurs agrégés P. MAGNIN, R. BURTHIAULT, M. DUMONT, A. NOTTER; de MM. GARMIER, GONNET, CHARVET, GABRIEL, DEHAVANNE, BETOUX, NEUMANN, NELKEN, REBOUL, DUMAS et de Mme GILLY, Assistants, Chefs de Clinique, Moniteurs et Chefs de Laboratoire à la Clinique Obstétricale.

Le droit d'inscription (5.000 francs pour les médecins, 2.000 francs pour les étudiants) devra être adressé en même temps que la demande d'inscription, à M^e BRUGELLES, secrétaire, Clinique Obstétricale, Hôpital E. Herriot, Lyon.

* * *

AMERICAN COLLEGE OF GASTRO-ENTEROLOGY

—O—

Cours de perfectionnement de Gastro-Entérologie

Le cours annuel de perfectionnement aura lieu à Los Angeles (Californie), les 24, 25, 26 septembre 1959.

Il y sera traité des acquisitions récentes dans le diagnostic et le traitement des maladies gastro-intestinales hépatiques, pancréatiques, etc..., tant du point de vue médical que chirurgical.

Plusieurs discussions du type « Panel » sont prévues.

Renseignements et inscriptions : American College of Gastro-Enterology, 33 West 60 th. Street, New-York 23, N.-Y.



CITROSODINE

STRYCHNAL-B¹

FORT

NORMAL

**PHOSPHO
STRYCHNAL**

NOVOSÉDINE

VASCURÈNE

A LA VITAMINE C

LABORATOIRES LONGUET

66, Avenue Jean

Jaurès PARIS XIX^e

**XIX^e CONGRES INTERNATIONAL
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ZURICH, 6-10 SEPTEMBRE 1959**

—o—

Le thème principal de ce Congrès qui est traité en symposium par 5 spécialistes connus dans le monde entier est le suivant :

« *La Stabilité et la Stabilisation des Médicaments* »

A côté de ce symposium il sera présenté des communications scientifiques d'une durée de 20 à 30 minutes, réparties en 4 sections :

- I. Pharmacognosie et culture de drogues.
- II. Chimie pharmaceutique et biochimie.
- III. Pharmacie galénique.
- IV. Biologie et pharmacologie.

Secrétariat : Prof. Dr K. STEIGER, Institut de Pharmacie, Ecole Polytechnique Fédérale, Clausiusstrasse 25, Zurich 6, (Suisse).

PETITE ANNONCE.

A céder Cabinet ophtalmo. Centre Sud France, 100 kms mer, Plein rapp., bail 9 ans. Cession cause santé. Ecrire Journal, N° 26.

LE LABORATOIRE DE **L'ARHEMAPECTINE**

PRESENTE :

un produit nouveau, concentré et vivant

LEVURE lyophilisée GALLIER

(*Licence Sarecbio*)

- REEDUCATEUR DU TUBE DIGESTIF
- VECTEUR DU GROUPE VITAMINIQUE B
- AGENT FAVORISANT LA CICATRISATION
- AUXILIAIRE DANS LE TRAITEMENT DES DERMATOSES

Dose forte et dose faible : Boîte de 4 flacons à 0,50 et 0,20 g.
P. Classe 14 et 8 — Sécurité Sociale

Laboratoire R. GALLIER, 1 b, Place du Président Mithouard, PARIS-7^e
SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

Arkébios - Basedowine - Daboïne - Kidargol - Kidoline - Kidophédrine
Gastro-Entéro-Pectine - Paraminan (dragées, ampoules, crème)
Paraminan-Salicylate de Sodium - Tot'Cobra

Imprimerie

Bascone & Muscat

TRAVAUX COMMERCIAUX ET INDUSTRIELS

41, Avenue de Londres — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS
Imp. BASCONE & MUSCAT — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A. FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture : { Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI.

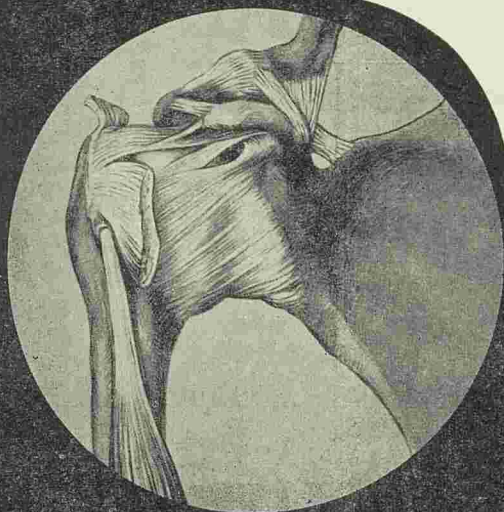
Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et Dr A. KHALFAT.

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

**DOULEUR ARTICULAIRE
ET MUSCULAIRE**



BAUME ALGIPAN

HYPÉRÉMIQUE · ANTIALGIQUE · DÉCONTRACTURANT

*LE NICOTATE DE MÉTHYLE
assure la pénétration et l'action rapides, profondes, durables,
d'agents antirhumatismaux de choix.*

LABORATOIRES MIDY · 67, AVENUE DE WAGRAM · PARIS 17^e

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

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



Sur quelques aspects de la Biochimie thyroïdienne et de ses applications médicales, par Jean ROCHE 293

Les dérivations biliaires intra-hépatiques, par Cl. COUINAUD 303

La corticothérapie dans les laryngites sous-glottiques de l'enfance, par M. MOATTI 311

Un cas de rupture spontanée de la rate, par Jean DEMIRLEAU 323

Hypertension artérielle permanente solitaire par néphropathie unilatérale - Néphrectomie (guérison depuis six ans), par MM. Naceur HADDAD et Jean CUÉNANT 324

Société Tunisienne des Sciences Médicales 395

**RÉGULATEUR
HÉPATO-
INTESTINAL**

TAXOL-MÉTHIONINE

LAXATIF
CHOLÉRÉTIQUE
CHOLAGOGUE
ANTISPASMODIQUE

HÉPATO-PROTECTEUR
ANTISTÉATOGENE
ANTINÉCROTIQUE
ANTITOXIQUE

INDICATIONS

CONSTIPATION - INSUFFISANCE HÉPATIQUE - ALLERGIE ALIMENTAIRE

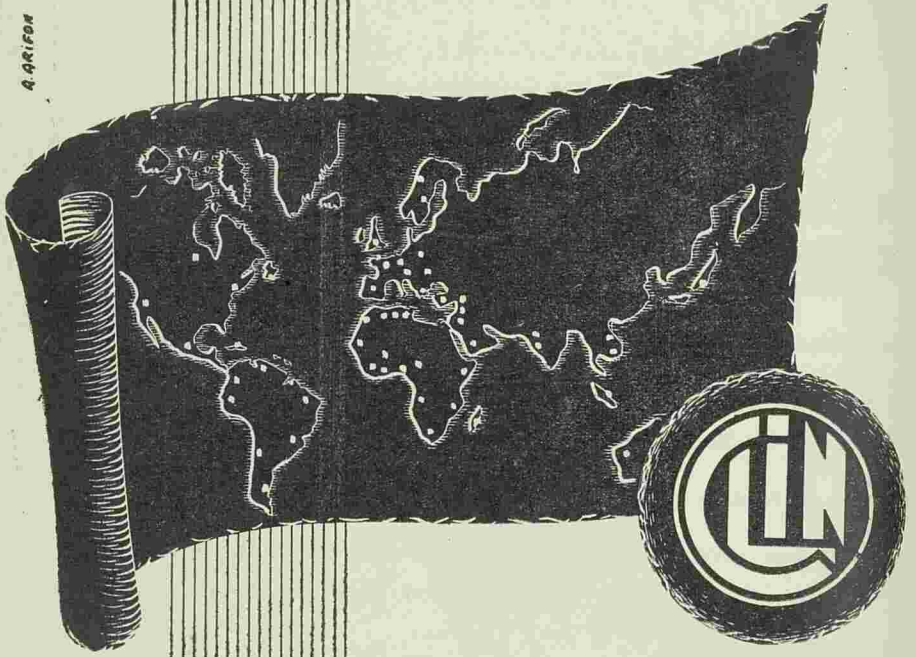
Remboursable par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS-16^e



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

A. GRIFFON



SALAZOPYRINE

Recto-colites ulcéro-hémorragiques ou purulentes

Colites ulcéreuses

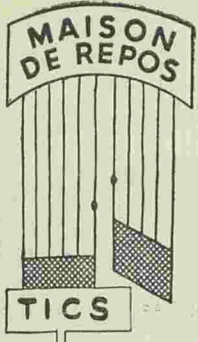
Diarrhées infectieuses

Diarrhées infantiles

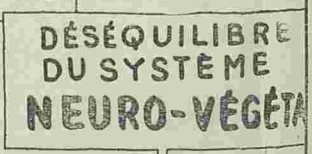
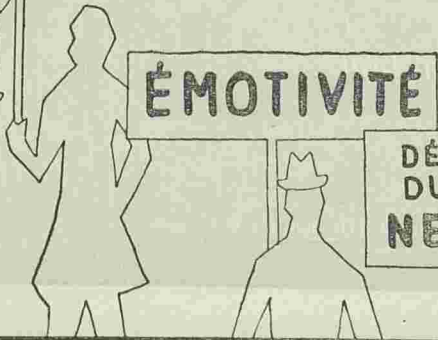
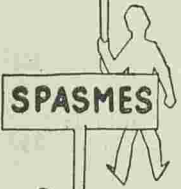
Colites de fermentation

Tubes de 25 comprimés
dosés à 0,50 g de principe actif

LABORATOIRES CLIN-COMAR, 20 RUE DES FOSSES-S'-JACQUES, PARIS V^e, ODE. 28-30



*ils sont tous
justiciables de*



SYMPATHYL

Comprimés : 3 à 8 par jour

Gouttes : 20 gouttes = 1 comprimé

Sur quelques aspects de la Biochimie thyroïdienne et de ses applications médicales

par Jean ROCHE,
Président de l'Institut des Hautes Etudes de Tunis.

—o—

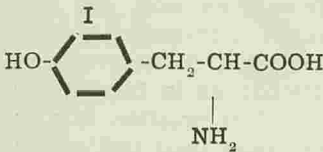
La découverte de l'accumulation de l'iode dans le corps thyroïde (BAUMANN, 1896) a marqué la première étape de la Biochimie de cet organe, car elle a orienté les recherches vers le métabolisme thyroïdien de l'iode. La glande renferme environ 20 % de l'iode total de l'organisme humain, alors que son poids, voisin de 10 g, ne dépasse pas 0,02 % du poids corporel. Cette donnée fondamentale une fois établie, il convenait de rechercher dans quelle mesure l'activité physiologique du corps thyroïde et les propriétés biologiques de ses préparations pouvaient être rattachées à la présence d'une combinaison iodée constituant sa sécrétion hormonale. KENDALL en isola dès 1915 un acide aminé répondant à cette définition, la L-thyroxine, corps dont la structure, établie en 1926 par HARRINGTON et BARGER, répond à celle de la 3:5:3':5'-tétraïodo-L-thyronine. L'étude de la biosynthèse de ce produit et de ses précurseurs devint dès lors possible. Elle se heurta à des difficultés expérimentales considérables pour une raison d'ordre analytique : la nécessité de suivre le métabolisme de l'iode par des méthodes dont la sensibilité et la fidélité étaient souvent en défaut à l'échelle microanalytique, en dehors de laquelle il était impossible d'opérer. Aussi l'introduction des isotopes radioactifs en biochimie ouvrit-elle une ère nouvelle dans l'évolution de la physiologie thyroïdienne, à la suite du travail initial de HERZ, HAMILTON et SOLEY (1938), dès que la production de l'isotope 131 de l'iode (^{131}I) sur une large échelle mit celui-ci à la disposition des médecins et des chercheurs.

I. — LES HORMONES THYROÏDIENNES ET LEUR DESTINÉE PHYSIOLOGIQUE

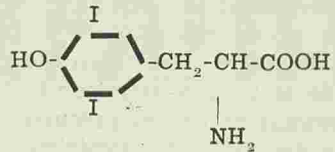
La nature même de la sécrétion hormonale s'est montrée plus complexe qu'il n'avait été initialement admis, car un nouvel acide aminé iodé, la 3:5:3'-triïodo-L-thyronine, s'est révélé, en 1952, y être associé à la L-thyroxine. Par la suite (1955) on a pu montrer l'existence dans la glande de deux autres corps de la même série, la 3:3':5'-triïodo-L-thyronine et la 3:3'-diïodo-L-thyronine. Le mécanisme de la formation de ces corps dans la glande, celui de leur mise en circulation et leur destinée au niveau des cellules dans lesquelles ils exercent leur action, méritaient d'être présentés dans le cadre actuel de la biochimie thyroïdienne.

La plus grande partie de l'iode du corps thyroïde, environ 95 %, est présente dans une protéine : la thyroglobuline. Celle-ci prend naissance dans les cellules épithéliales bordant les vésicules colloïdes, dans lesquelles elle s'accumule. C'est au sein de cette protéine que s'élaborent les quatre hormones et leurs précurseurs iodés. Aussi tous les problèmes posés par l'activité thyroïdienne sont-ils dominés par la nature des constituants iodés de la thyroglobuline. On a isolé de celle-ci sept acides aminés halogénés : la 3-monoiodo-L-tyrosine (FINK et FINK; CHAIKOFF et TAUROG; ROCHE, MICHEL et LISSITZKY, 1947-1951), la 3:5-diiodo-L-tyrosine (HARINGTON, 1926), la 2(ou 4)-monoiodo-L-histidine (ROCHE, MICHEL et LISSITZKY, 1951) et quatre dérivés d'un acide aminé particulier, la thyronine, à savoir : la 3:3'-diiodo-L-thyronine (ROCHE, MICHEL et WOLF, 1955), la 3:3':5'-triiodo-L-thyronine (ROCHE, MICHEL, WOLF et NUNEZ, 1955), la 3:5:3'-triiodo-L-thyronine (GROSS et PITT-RIVERS; ROCHE, MICHEL et LISSITZKY, 1952) et la 3:5:3':5'-tétraiodo-L-thyronine ou thyroxine (KENDALL, 1915; HARINGTON, 1925).

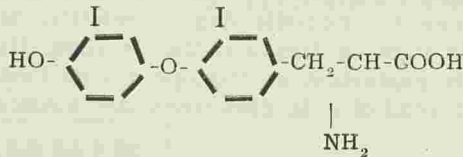
Les principaux de ces corps répondent aux formules suivantes :



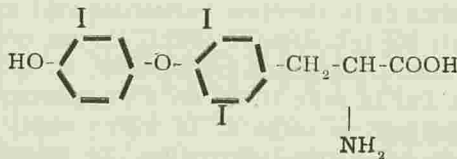
3-monoiodo-L-tyrosine



3:5-diiodo-L-tyrosine



3:3'-diiodo-L-thyronine



3:5:3'-triiodo-L-thyronine

ANDROTARDYL-CESTRADIOL

(œnanthate de testostérone + valérianate d'œstradiol)

*traitement équilibré des troubles
de la*

Ménopause

l'injection mensuelle supprime :

les troubles neuro-végétatifs

les troubles psychiques

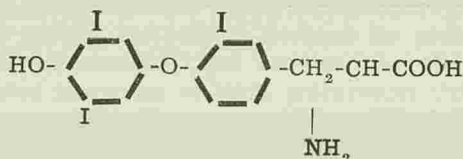
les troubles trophiques

Littérature et échantillons :

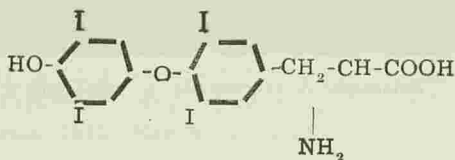
SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUffren 54-94

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



3:3':5'-triiodo-L-thyronine

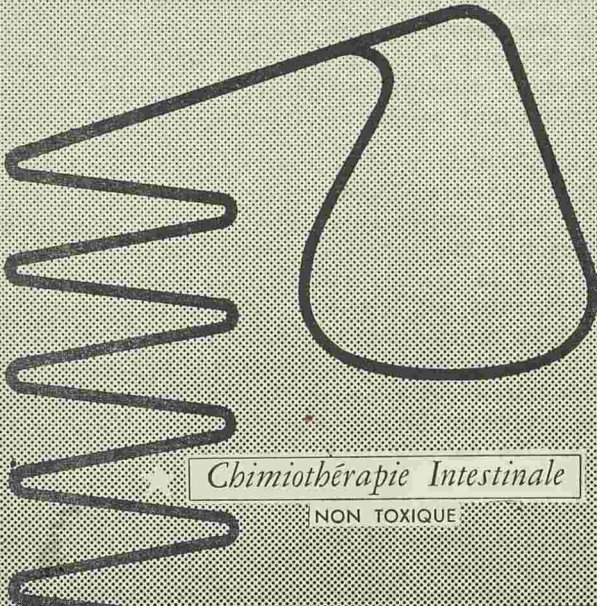


3:5:3':5'-tétraiodo-L-thyronine (thyroxine)

Les deux iodotyrosines (mono- et di-) renferment près des deux tiers de l'iode de la thyroglobuline, avec forte prédominance du dérivé disubstitué. Les iodothyronines (di-, tri- et tétra-) contiennent environ un tiers de l'halogène, dont huit dixièmes environ dans la thyroxine et un dixième au moins dans la 3:3'-diiodo-L-thyronine. L'intérêt suscité par la connaissance de celle-ci en tant qu'hormone tient à son activité biologique, de cinq à dix fois plus forte que celle de la L-thyroxine, selon le test biologique choisi (dose utilisée pour des essais cliniques 25-50 γ , dont l'effet est équivalent à celui d'un mg de DL-thyroxine ou de 0,5 mg de L-thyroxine). Son isomère 3:3':5'-iodé ne présente qu'une activité antigénotrope minime, mais il est presque aussi actif que la L-thyroxine sur la sécrétion antéhypophysaire de la thyréostimuline.

La concentration des iodures sanguins par les cellules épithéliales du corps thyroïde est à coup sûr le processus biologique le plus spécifique de cet organe. Son mécanisme demeure obscur, bien qu'il soit possible d'en modifier l'intensité par de nombreux agents (stimulation par l'hormone thyroïdienne hypophysaire, inhibition par les sulfocyaures et autorégulation thyroïdienne due aux effets inhibiteurs des iodures, de la thyroxine et de la triiodothyronine circulant dans le sang). Elle n'est que rarement abaissée par des processus pathologiques, alors que ceux-ci affectent souvent l'utilisation de l'iode par la glande.

Les iodures ayant pénétré dans le corps thyroïde y sont oxydés par la cytochromeoxydase et, éventuellement, par d'autres enzymes (peroxydases), ce qui permet à leur halogène de réagir avec la thyroglobuline. Un défaut d'oxydation des iodures conduit à un blocage de l'hormonogénèse, et de nombreux goitres, riches en iode demeurant à l'état d'iodures combinés aux protéines, ont été décrits.

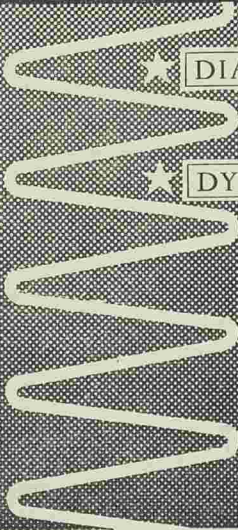


Chimiothérapie Intestinale

NON TOXIQUE

ENTÉRO-VIOFORME

© MARQUE ENREGISTRÉE



★ DIARRHÉES ESTIVALES

★ DYSENTERIE AMBIENNE

CIBA

L'étude de l'ioduration des protéines *in vitro* et celle de l'hormonogénèse dans le corps thyroïde, inaugurée par CHAIKOFF, TAUROG, MORTON, PERLMAN et WOLFF, ont conduit à considérer les iodotyrosines comme les précurseurs des iodothyronines, selon une conception depuis longtemps formulée par HARRINGTON. Le mécanisme de cette phase de l'hormonogénèse demeure incomplètement élucidé; toutefois le rôle de précurseurs joué par les iodothyronines est hors de doute.

La thyroglobuline n'est pas normalement déversée dans le sang; elle n'a pu y être caractérisée que lors de dérèglements de la sécrétion glandulaire, entre autres après administration d'une forte dose d'iodures radioactifs. Elle subit dans le corps thyroïde une protéolyse (de ROBERTIS) dont la vitesse, sous la dépendance de l'hormone thyroïdienne hypophysaire, est fortement augmentée chez les basedowiens et réduite chez les myxoédémateux. Cette protéolyse libère l'ensemble des acides aminés iodés présents, que l'on trouve à concentration très faible dans les extraits de la glande (GROSS, LEBLOND, FRANKLIN et QUASTEL). Or, on ne rencontre pratiquement ni 3-monoiodo-L-tyrosine, ni 3:5-diiodo-L-tyrosine dans le plasma sanguin, bien que ces deux corps renferment, comme on l'a vu, environ les deux tiers de l'iode présent dans la glande thyroïde. L'iode sanguin est constitué à l'état normal par des traces d'iodures (10 % au plus de l'iode plasmatique) et par « l'hormone circulante », à savoir : de la L-thyroxine fixée surtout à une globuline spécifique (TBP ou « thyroxin binding protein ») et à une albumine dite préalbumine, des traces de 3:5:3'-triiodo-L-thyronine et de 3:3':5'-triiodo-L-thyronine. Le système protéique de transport des hormones thyroïdiennes est physiologiquement très important, car la pénétration des hormones dans les cellules réceptrices est régie par la dissociation des combinaisons protéiques des iodothyronines. La 3:5:3'-triiodo-L-thyronine, corps le plus actif, contracte avec les protéines plasmatiques des combinaisons plus labiles que celles de la L-thyroxine.

La différence de composition en acides aminés de l'extrait thyroïdien et du plasma traduit une sorte de « choix » dans la sécrétion. L'explication probable de la sélectivité du processus sécrétoire a été apportée en 1951 par la mise en évidence dans la glande d'un enzyme désiodant, la déshalogénase (ROCHE, MICHEL et LISSITZKY). Les iodotyrosines sont détruites par celle-ci et les iodothyronines respectées, aussi les dernières seules sont-elles sécrétées dans le sang. Quant aux iodures libérés, ils sont repris par les cellules épithéliales thyroïdiennes et participent à nouveau à la thyroxinogénèse.

L'existence d'une sorte de processus de récupération de l'iode primitivement engagé dans des combinaisons dépourvues d'activité biologique importante conduit à une remarquable économie en cet élément; celui-ci est en totalité sécrété sous forme d'iodothyronines après avoir participé à un ou plusieurs cycles successifs d'ioduration de la thyroglobuline. Un type de désordre thyroïdien récemment décrit



Traitement de l'Obésité

Préludine®

Modérateur de l'appétit

Geigy

Laboratoires Geigy Paris 16

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

(QUERRIDO et STANBURY) repose sur le défaut d'activité de la déshalogénase thyroïdienne. Dans ces conditions, les mono- et diiodothyronine sont déversées dans le sang.

Ni le mode d'action des produits hormonaux, ni leur utilisation métabolique ne sont encore bien connus. Il est néanmoins certain qu'ils sont en partie désiodés, puisque leur administration conduit à l'excrétion urinaire d'une partie de leur iode à l'état d'ion I^- (ALBERT), et que l'on retrouve de la 3:3'-diiodo-L-thyronine dans les tissus après injection des hormones triiodées (ROCHE, MICHEL et JOUAN). L'hormonémie est réglée à la fois par l'intensité de la sécrétion thyroïdienne et par une circulation entérohépatique des iodothyronines. Le foie concentre les hormones circulantes, dont il détruit l'excès (excrétion d'iodures et d'acides iodothyropyruviques) et dont il transforme une partie en glycuconjugés et une autre en sulfoconjugés. Les premiers seuls régénèrent leurs constituants iodés sous l'action des α -glycuronidases bactériennes, en sorte que les hormones que libère leur hydrolyse prennent également part à la régulation du taux sanguin des produits thyroïdiens actifs. Il en découle que des désordres hépatiques peuvent avoir un retentissement considérable à la fois sur l'utilisation des hormones, dont le ravitaillement cellulaire peut être troublé, et sur la dégradation des mêmes corps, qui pourrait être excessive dans certains cas et insuffisante dans d'autres. Le rôle des sulfoconjugés demeure incertain; il est possible qu'ils constituent une forme de transport des hormones.

II. — ASPECT MEDICAL DES PROBLEMES ETUDIÉS PAR LA BIOCHIMIE THYROÏDIENNE

Les conséquences des données acquises par la Biochimie thyroïdienne ont été rapidement tirées par la Médecine et les progrès de la première ont été appliqués sans retard à l'étude d'états pathologiques.

L'exploration de la fonction thyroïdienne a été renouvelée grâce à l'emploi de l'iode radioactif. La fixation de celui-ci par la glande permet de localiser la position d'une tumeur ou d'une zone non sécrétante, grâce à l'établissement d'un scintillogramme. L'étude quantitative de la concentration d' ^{131}I constitue une mesure de l'intensité de la fonction thyroïdienne. A la vérité, elle ne donne pas à cet égard des informations très précises, car elle ne permet d'atteindre que la phase initiale de l'hormonogénèse. Néanmoins, elle décèle des états prébasedowiens et des insuffisances thyroïdiennes frustes et donne souvent des informations plus précises que le métabolisme de base sur l'intensité des hyper- ou hypothyroïdies.

L'étude de l'iode plasmatique constitue un moyen de contrôle très efficace de la sécrétion des hormones, lesquelles sont sélectivement précipitées avec les protéines lorsque le plasma est soumis à l'action

de réactifs précipitant celles-ci (PBI, ou « protein bound iodine », c'est-à-dire iode fixé aux protéines). Toutefois, comme le dosage de PBI est très délicat, on a cherché à lui substituer des techniques utilisant l'iode radioactif : mesure de l'index de conversion (^{131}I fixé aux protéines / ^{131}I du plasma $\times 100$), de l'index globulaire (^{131}I globulaire / ^{131}I plasmatique) (1), de l'index plasmatique (^{131}I du plasma 48 heures après administration de radioiode / ^{131}I du plasma 2 heures après).

En dehors de ces moyens d'exploration d'ordre général, la Médecine a tiré profit de nombreuses applications des acquisitions de la Biochimie pour réaliser des progrès qui lui sont propres. Les insuffisances thyroïdiennes ont peu à peu été démembrées en syndromes multiples, spécifiques de chacune des phases de l'hormonogénèse. Divers états pathologiques comportant une fixation normale de l'iode et un défaut d'utilisation de celui-ci par le corps thyroïde ont été décrits, en particulier par QUERRIDO et STANBURY. Certains révèlent d'un défaut d'oxydation des iodures, d'autres d'une diminution d'activité de la déshalogénase. La formation de thyroglobulines anormales dans les cancers de la glande a été mise en évidence. Enfin, au cours des dernières années, les recherches de DOGNIAK ont expliqué la pathogénie de la maladie d'Hashimoto, apportant ainsi une contribution très importante à nos connaissances sur les processus d'autoimmunsation (formation d'anticorps de la thyroglobuline après passage de celle-ci dans le plasma et nécrose thyroïdienne due à la réaction de précipitation antigène-anticorps dans la glande). Par ailleurs, l'activité cellulaire des hormones thyroïdiennes et les conséquences de son dérèglement se sont révélées d'une étude féconde en pathologie hépatique, tant en ce qui concerne le métabolisme du cholestérol que les processus régulateurs de l'hormonémie.

Dans le domaine thérapeutique, la concentration des iodures marqués par la glande a été mise en œuvre pour réaliser au niveau des cellules sécrétoires de celle-ci une irradiation massive susceptible de les détruire. Ainsi ont pu être réduites de dangereuses hyperthyroïdies rebelles à toute autre thérapeutique. Enfin, des progrès acquis au sujet de la nature des hormones thyroïdiennes ont doté la Médecine d'armes nouvelles pour combattre les hypothyroïdies et l'on peut prévoir que les troubles de la sécrétion de l'hormone thyroïdienne anté-hypophysaire seront aussi bientôt justiciables d'une thérapeutique hormonale.

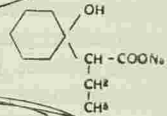
Le développement actuel des recherches consacrées au corps thyroïde illustre la fécondité de l'étude simultanée de processus physiologiques et pathologiques par les hommes de laboratoire et par les praticiens. Il méritait d'être évoqué pour inviter les uns et les autres à coordonner leurs efforts.

(1) Seuls les iodures pénètrent dans les hématies, lesquelles sont imperméables aux hormones thyroïdiennes.

Nouveau

HEBUCOL

α -(Hydroxy-1-cyclohexyl) butyrate de sodium



**cholérétique vrai de synthèse
non cholagogue**

**toxicité nulle
tolérance biologique parfaite
cholérèse abondante et prolongée**

- Ictères et séqueles
- Dyspepsies
- Insuffisances hépatiques
- Etats nauséux
- Migraines

AMPOULES 5 cc I.V. ou instillations duodénales
COMPRIMES 2 à 4 aux repas

Sécurité Sociale : P. Cl. 6



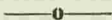
ISSY-LES-MOULINEAUX

TUNISIE : O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

Les dérivations biliaires intra-hépatiques

par le Pr. Agr. Claude COUINAUD

(Paris)



Depuis déjà une longue date, les chirurgiens se sont efforcés — en présence d'une lésion occlusive inextirpable de la voie biliaire principale — de dériver le cours de la bile en amont de l'obstacle. Si le problème du segment digestif à anastomoser a été rapidement réglé avec l'adoption quasi systématique de l'anse jéjunale montée « à la Roux » (1), de plus grandes difficultés ont été rencontrées du côté hépatique. S'il est facile d'aborder un segment sus-jacent sain sur lequel faire porter l'anastomose en cas de lésion duodéno-pancréatique ou pédiculaire basse, en revanche les obstructions haut situées dans le pédicule hépatique et dans le hile ne permettent pas d'aborder un segment de voie biliaire au-dessus de la lésion et la dérivation devient impossible. Longtemps ces malades furent abandonnés à leur sort et mouraient des progrès de leur ictère, souvent, en proie à un prurit atroce que rien ne venait soulager.

En pareille éventualité, il fallait de toute évidence aborder les canaux biliaires à l'intérieur du foie. Les premières tentatives furent faites par LONGMIRE et DOGLIOTTI : ils réséquèrent le lobe gauche et anastomosèrent un canal biliaire trouvé dans la tranche de section. L'un au grêle, l'autre à l'estomac.

Les études anatomiques que j'avais entreprises en vue de mettre au point les hépatectomies réglées m'avaient amené à m'intéresser aux voies biliaires intra-hépatiques, qui font partie des pédicules portaux. Les différents canaux lobaires et segmentaires furent décrits; les scissures portales et sus-hépatiques déterminées permirent, par leur ouverture, l'abord des régions profondes du foie sans dommage pour les vaisseaux nourriciers, et ainsi un certain nombre de nouvelles techniques purent être codifiées, qui reçurent bientôt leur application en chirurgie humaine.

Je vais étudier succinctement les dérivations périphériques et les dérivations hilaires.

(1) Au cours de ce travail, on ne s'occupera que du problème de l'abord des canaux intra-hépatiques. L'anastomose est en pratique presque toujours faite sur une anse jéjunale montée à la Roux.

I. — LES DERIVATIONS PERIPHERIQUES

Le hile est inabordable, où est le siège d'une tumeur maligne; si l'on fait une anastomose hilaire elle sera précocement envahie et le bénéfice de l'intervention perdu. Ou encore une anastomose préalable dans le hile a abouti à un échec. Il faut donc aborder un canal biliaire, loin du hile, à la périphérie, soit à droite, soit à gauche.

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler qu'il n'existe aucune anastomose entre les canaux intra-hépatiques. Ainsi donc, quand une lésion hilaire aura détruit au hile la confluence des canaux hépatiques droit et gauche (confluent biliaire supérieur), une anastomose droite dérivera seulement le foie droit, une gauche le foie gauche. Il faut savoir, d'autre part, qu'une dérivation unilatérale est suffisante : le segment dérivé reprend à son compte tout l'écoulement biliaire, s'hypertrophie, tandis que le côté opposé subit une très rapide atrophie fibreuse. Il est bien évident qu'il faut dériver la plus grande partie du foie, surtout s'il existe déjà de graves altérations fonctionnelles; c'est tantôt le côté droit, tantôt le gauche, cela dépend de l'extension des lésions hilaires qui compromettent plus un côté que l'autre, et de la conformation anatomique du sujet; si normalement le foie droit est à peine plus volumineux que le gauche, la prédominance peut être considérable, et la dérivation sera obligatoirement droite; d'autres malades présentent un foie gauche beaucoup plus important et l'on opérera à gauche. Le choix du côté est donc important, et la pratique sera dictée par l'inspection des lésions et les données de la cholangiographie pratiquée par ponction trans-hépatique en début d'intervention.

1. Les dériviations gauches.

Elles sont plus fréquemment utilisées et plus satisfaisantes que les droites. Le « Longmire » avait l'inconvénient de sacrifier une partie importante du foie, la totalité du lobe gauche qui, dans les obstructions, est souvent très développé; ainsi, l'arbre biliaire gauche se trouve-t-il d'emblée considérablement diminué. Au début, j'ai montré comment on pouvait limiter la résection à la seule partie antérieure du lobe, c'est-à-dire le segment III, et faire porter l'anastomose sur le canal de ce segment. Puis je me suis contenté d'une résection atypique très limitée de ce segment, pour aborder le pédicule, et de ce fait le canal biliaire. (Fig. 1)

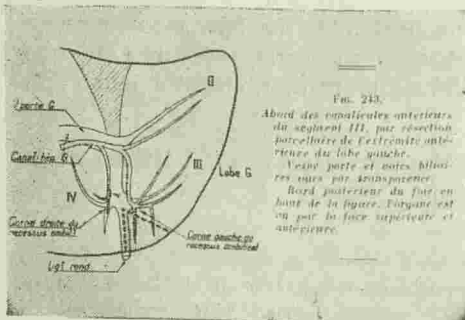


FIG. 1

Il est possible d'atteindre le canal sans aucune résection hépatique, en ouvrant la partie antérieure de la scissure ombilicale. Cette scissure est indiquée à la face inférieure par le ligament rond et à la face supérieure par l'attache du ligament falciforme. Si l'on cherche à détacher le ligament rond du foie, on pénètre dans la profondeur et l'on glisse au-dessus de la **plaque ombilicale**, enveloppe fibreuse qui recouvre l'extrémité antérieure de la veine porte gauche : elle se continue dans le ligament rond, puisque celui-ci n'est autre que la veine ombilicale atrophiée. A cette extrémité antérieure la veine émet à droite des veines pour le lobe carré (qui fait partie du segment IV du foie) et à gauche pour la partie antérieure du lobe gauche, c'est-à-dire le segment III. Segments III et IV, c'est-à-dire pour simplifier lobe carré et partie antérieure du lobe gauche, sont séparés par la scissure ombilicale : si l'on sectionne le foie à ce niveau, on n'interrompt que les sinusoides, mais aucun élément vasculo-biliaire important; la section permet donc d'aborder sans dommage l'extrémité antérieure de la veine porte gauche, les pédicules III et IV, et de ce fait les canaux biliaires qui leur sont satellites. On peut faire porter l'anastomose sur le canal du lobe carré (segment IV), ou sur le canal antérieur du lobe gauche (segment III), c'est la solution la plus souvent employée.

2. Les dérivations droites.

Elles sont moins satisfaisantes pour deux raisons anatomiques :

La première est que le canal hépatique droit manque une fois sur deux (1) ou est très court : la confluence de ses deux éléments constitutifs, les canaux latéral et paramédian droits, se fait tout près de l'origine de la voie principale. En conséquence, une lésion étendue du hile aura les plus fortes chances dans ces cas d'intéresser la totalité de ces canaux, et l'on risque, à la périphérie, de ne dériver que l'un des deux éléments constitutifs de l'arbre droit, soit le canal latéral, soit le paramédian.

La seconde est qu'il n'existe pas de méthode aussi satisfaisante qu'à gauche pour atteindre les voies biliaires droites à la périphérie : il faut amputer largement l'angle antérieur et droit du foie, et l'on repère les canaux dans la tranche de section.

II. — LES DÉRIVATIONS HILAIRES

Lorsqu'il n'existe aucun segment accessible de voie biliaire au hile, comment aborder à ce niveau un canal pour faire une anastomose ? Tel est le problème qu'il fallait résoudre. La réponse est : par décollement de la plaque hilaire ou par ouverture de la scissure principale.

(2) Cf. à ce sujet mon livre « Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales ». Paris, Masson, 1957.

1. *Le décollement de la plaque hilaire.*

Au niveau du hile, les éléments du pédicule hépatique divergent à droite et à gauche et sont séparés du parenchyme sus-jacent par un épaississement de la capsule de Glisson, la **plaque hilaire**; celle-ci n'est que mollement adhérente au foie, et on peut l'en détacher sans hémorragie. La longueur du décollement correspondant très exactement à l'étendue de la lèvre antérieure du hile, c'est-à-dire pratiquement du bord postérieur du lobe carré.

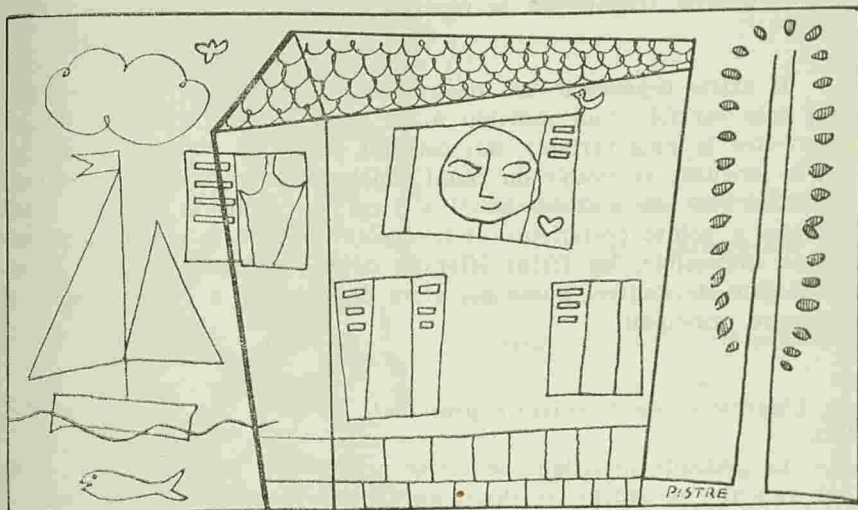
Il est bridé à droite par la pénétration du pédicule paramédian droit dans le foie, à gauche par la pénétration du pédicule postérieur du lobe carré (segment IV), qui forment deux freins latéraux. L'incision du péritoine et de la capsule conjonctive au bord postérieur du lobe carré permet donc de cliver la plaque hilaire et de s'insinuer entre le foie et les éléments du hile; on abaisse ainsi ceux-ci d'environ 2 cm. L'incision de la plaque hilaire mène directement sur la voie biliaire; on met en évidence le confluent biliaire supérieur (confluence des canaux biliaires droit et gauche), autrement inaccessible, et le canal hépatique gauche, sur une longueur égale à la largeur du lobe carré. Les réparations biliaires après plaie opératoire sont considérablement facilitées; une des principales raisons d'échec des anastomoses bilio-digestives dans ces cas est l'insuffisance



FIG. 2

**Abord du canal hépatique gauche
par décollement
de la plaque hilaire.**

d'étoffe canaliculaire obtenue par une dissection normale du hile; cette insuffisance entraînait une résection trop parcimonieuse des tissus remaniés par la cicatrice fibreuse et les phénomènes inflammatoires. L'anastomose portait sur une paroi biliaire pathologique, et maint rétrécissement post-opératoire de cette anastomose s'explique par ce seul fait. Le décollement de la plaque hilaire abaisse le confluent biliaire de 1 à 2 cm et permet de dégager la partie toute supérieure de la voie biliaire principale. Si cela est insuffisant, on se reporte alors sur le canal hépatique gauche, abandonnant la région proprement dite du confluent, profondément remaniée par la fibrose inflammatoire et c'est 2 à 3 mm plus à gauche, en paroi parfaitement saine, que l'on établit l'anastomose. Ces faits anatomiques ont



deux médicaments saisonniers

Thiacyl au caroube

granulé fin, à base de sulfasuccithiazol et de farine de caroube

Bactériostatique et astringent:

diarrhées aiguës
diarrhées estivales

Mycodécyl

pommade, poudre, solution, à base d'acide undécylénique

Antifongique:

mycoses des extrémités et des plis
mycoses des muqueuses

THERAPLIX

98, rue de Sèvres - PARIS VII^e

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

CASABLANCA : 103, Rue Dumont d'Urville

complètement transformé la réparation biliaire dans les cas difficiles.

Il existe cependant un inconvénient : la largeur du lobe carré est très variable d'un individu à un autre; c'est la région du foie peut-être la plus variable. Sur certains sujets, le lobe est très large, et la longueur accessible du canal gauche très importante. Mais dans d'autres cas, elle n'excède pas 1 à 2 cm, ou même le lobe est triangulaire à pointe postérieure et le décollement de la plaque pratiquement impossible, les freins latéraux décrits ci-dessus étant à proximité l'un de l'autre. Force est alors de recourir à l'ouverture de la scissure principale.

2. L'ouverture de la scissure principale.

Le pédicule hépatique se divise au hile en deux pédicules, droit et gauche; le gauche se distribue au lobe gauche, au lobe carré, à la moitié gauche du lit de la vésicule biliaire, au parenchyme situé au-dessus de la partie gauche du hile : c'est le foie gauche. Tout le reste de l'organe forme le foie droit. Entre les deux se trouve la **scissure principale**, qui possède des repères anatomiques précis : arête du lit vésiculaire, bifurcation portale, flanc gauche de la veine

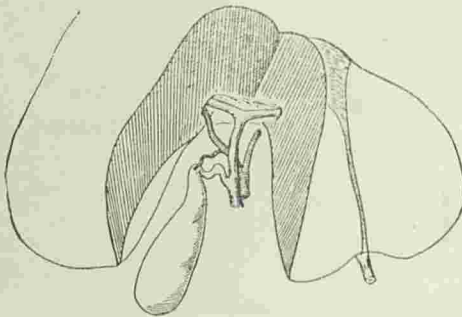


FIG. 3

Schéma de l'ouverture
de la scissure principale
du foie.

porte. Elle n'est traversée que par la continuité des sinusoides; aucun élément important, aucune anastomose ne la franchit. En arrière, elle est occupée par la veine sus-hépatique sagittale. Par conséquent, on peut ouvrir le foie le long de cette scissure, sans aucun dommage pour l'organe; si l'on poursuit cette ouverture scissurale jusqu'au hile, le foie s'ouvre comme un livre, et l'on a accès au-dessus de la plaque hilare et du confluent biliaire supérieur; on peut décoller la plaque hilare à droite et à gauche, et si les canaux hépatiques droit ou gauche se trouvent impropres à l'anastomose, on peut découvrir un canal de IV (lobe carré) ou le canal paramédian droit (affluent du canal hépatique droit).



FIG. 4

Cholangiographie post-opératoire d'une réparation biliaire sur anse montée à la Roux pratiquée par ouverture de la scissure principale du foie.

Tels sont les récents développements techniques dont l'anatomie moderne du foie a permis la mise au point. En quelques années, des progrès extrêmement importants ont été accomplis et des dérivations biliaires autrefois impossibles sont maintenant à la portée du chirurgien, s'il veut bien s'astreindre à l'étude quelquefois fastidieuse de ces faits anatomiques.

**DORMIR ET TRAVAILLER
AU MILIEU DES BRUITS**

Boules QUIES

**EVITER LES OTITES
EN NAGEANT**

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV

TUNISIE — O. S. P. : 10, Rue Amilcar — TUNIS
ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL



le laboratoire français des stéroïdes

1959 CORTISONE ROUSSEL

1955 HYDROCORTISONE ROUSSEL

1955 CORTANCYL

1957 HYDROCORTANCYL

1959

DECTANCYL

21-acétate de 16 α -méthyl, 9 α -fluoro-deltahydrocortisone

**Toutes les indications de la
CORTICOTHÉRAPIE**

Flacon de 30 comprimés, avec barre de cassure,
dosés à 0,55 mg d'acétate de dexaméthasone
correspondant à 0,5 mg de dexaméthasone base.

Tableau A.

Prix : 1,870

Remboursé par la Sécurité Sociale.

DIFFUSION MONDIALE

Les Laboratoires Roussel, 35, Bd des Invalides - Paris VII'

Alger: Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

Casablanca: Société marocaine des Laboratoires Roussel, 382 Bd
Mohammed-V

Tunis: O.S.P., 10, rue Amilcar

Lacorticothérapie dans les laryngites sous-glottiques de l'enfance

par le Dr MOATTI,

O.R.L. de l'Hôpital Sadiki

—o—

La mise à l'ordre du jour par la Société Tunisienne des Sciences Médicales d'une étude sur les corticoïdes, est une idée heureuse et fructueuse.

Le moment est arrivé, en effet, pour chacun de nous, de confronter les résultats de la corticothérapie d'après son expérience personnelle et d'après les publications parues. Cette confrontation permettra d'arriver peu à peu à codifier l'emploi de cette thérapeutique nouvelle dont il faut connaître, non pas seulement les succès qui sont certes nombreux et parfois spectaculaires, mais aussi les limites de ses possibilités, ses échecs et ses accidents. Nous vous apportons ce soir notre modeste contribution en vous exposant ce que nous pensons que la corticothérapie dans les laryngites sous-glottiques de l'enfance.

L'action anti-inflammatoire des corticoïdes, mise en lumière d'abord par les expérimentateurs en laboratoire, puis confirmée par les résultats cliniques, devait conduire les O.R.L. et les Pédiatres à essayer la Corticothérapie dans les laryngites œdémateuses et tout particulièrement dans les laryngites sous-glottiques; il s'agit là, en effet, d'une affection dont la lésion locale, qui est la partie dominante du tableau clinique, est une véritable phlegmasie.

Avant d'aborder l'étude clinique de la question, il nous paraît nécessaire d'exposer très brièvement les bases physio-pathologiques de la Corticothérapie dans le traitement des inflammations et pour cela préciser :

- 1° Les caractères généraux des phénomènes inflammatoires;
- 2° Le mode d'action des corticoïdes sur les inflammations.

1° CARACTERES DES PHENOMENES INFLAMMATOIRES

L'inflammation est l'ensemble des phénomènes réactionnels localisés en une région de l'organisme et déclanchés par une agression en général microbienne.

Ces phénomènes sont la conséquence d'une série de réactions tissulaires dont la plus importante est la vaso-dilatation des capillaires avec augmentation de leur pression et de leur perméabilité.

Il en résulte une exsudation importante d'une partie de leur contenu (protéines sanguines, polynucléaires, etc.), dont la traduction

clinique est la formation d'un œdème diffus ou localisé, dont l'importance, la rapidité d'apparition et de développement, la durée, dépendent de la virulence de l'agent agresseur.

Ces phénomènes inflammatoires locaux avaient engendré naguère l'idée de l'abcès de fixation dans les infections graves; leur apparition en effet était considérée, et semble l'être toujours d'ailleurs, comme une réaction de défense bienfaisante pour l'organisme.

Cela est vrai en diverses et nombreuses circonstances; par contre, il est aisé de comprendre leur gravité quand ils apparaissent et se développent à l'intérieur d'une sous-glotte d'un jeune enfant.

Dans les laryngites sous-glottiques, c'est en effet la lésion locale, c'est-à-dire l'œdème sous-glottique, qui fait tout le pronostic; c'est l'asphyxie plus que l'affection générale qui tue le malade.

On conçoit donc l'utilité contre cette affection redoutable d'une médication anti-inflammatoire à effet rapide, d'une thérapeutique capable de freiner, puis d'anihiler la vaso-dilatation et la perméabilité des capillaires, et par voie de conséquence, la résorption rapide de l'œdème.

Les corticoïdes possèdent-ils cette vertu thérapeutique ?

2° MODE D'ACTION DES CORTICOÏDES DANS LES INFLAMMATIONS

Il a été démontré expérimentalement (HENCH, KENDALL et ses collaborateurs) que la Cortisone et ses dérivés possèdent cette action pharmaco-dynamique, action qui est le résultat de divers processus tissulaires combinés dont les plus importants sont la diminution de la perméabilité vasculaire et l'augmentation de la résistance capillaire, action qui s'oppose donc à la réaction vaso-dilatatrice de l'inflammation.

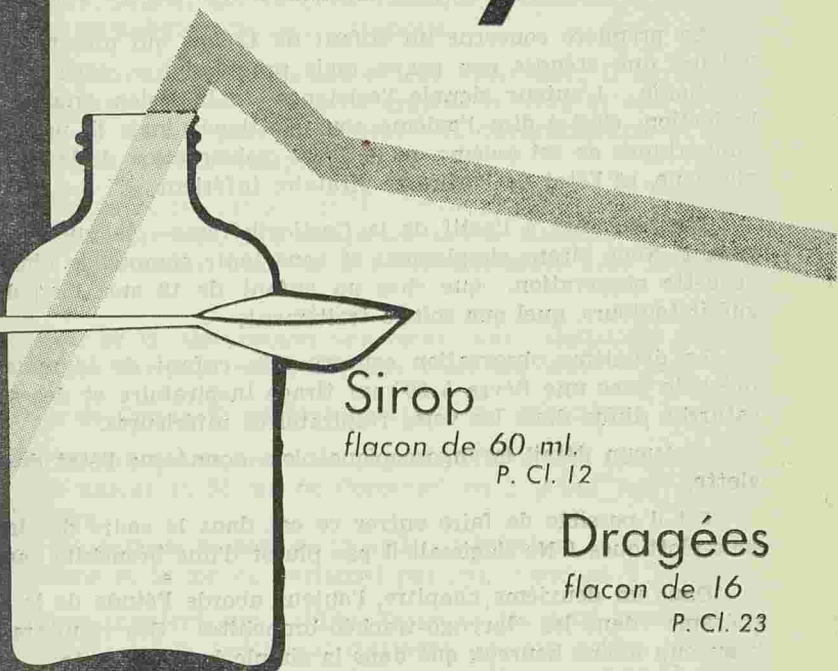
Outre cette action locale, les corticoïdes possèdent, dit-on, une action adjuvante contre les affections; ils auraient le pouvoir d'exalter le rôle anti-infectieux des antibiotiques.

C'est surtout dans la tuberculose que ce pouvoir a été constaté. LEDERER, MANNES et collaborateurs, ont montré que certains cas de tuberculose s'aggravant rapidement malgré une anti-biothérapie correctement appliquée, s'amélioraient rapidement dès l'adjonction de la Corticothérapie à l'Antibiothérapie.

Cette action adjuvante des corticoïdes a été décrite pour toutes les autres variétés d'infection microbienne (Staphylocoque, Streptocoque, etc.), sans d'ailleurs qu'une explication ait pu être donnée à cette action.

antibiothérapie voie orale
plus rapide - plus efficace

Hexacycline



Sirop

flacon de 60 ml.

P. Cl. 12

Dragées

flacon de 16

P. Cl. 23

Remboursé S. S.

POSOLOGIE

adultes en moyenne 1g par jour, soit 4 dragées
enfants en moyenne 0,02g par kg de poids et
par jour (2 mesures pour 5 kg)

DIAMANT



LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63 BD HAUSSMANN, PARIS 8^e • ANJ. 46-30

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

Ainsi donc, si l'on admet, d'une part l'action anti-inflammatoire de la Cortisone, d'autre part son action adjuvante aux anti-biotiques, la Corticothérapie devrait avoir une action bénéfique sur les laryngites sous-glottiques, en agissant, et sur la lésion œdémateuse et sur l'infection générale.

Nous allons voir, dans les faits cliniques rapportés par certains auteurs, si cette action est réelle.

SALA publie dans le journal français O.R.L., en 1956, un article intitulé : « De la possibilité d'éviter la trachéotomie dans la laryngite hypoglottique par la thérapeutique cortisonique ».

Il résume deux de ses observations :

La première concerne un enfant de 12 ans qui présente « depuis 2 jours une sténose peu grave, mais progressive », sans fièvre, sans dysphonie. L'auteur signale l'existence de la lésion anatomique de l'affection, c'est-à-dire l'œdème sous-glottique; mais il ne précise ni l'importance de cet œdème, ni le degré d'obstruction de la filière sous-glottique, ni l'état de l'arbre respiratoire inférieur.

L'auteur met à l'actif de la Corticothérapie, la guérison de cet enfant. Nous dirons simplement et sans tenir compte de l'imprécision de cette observation, que chez un enfant de 12 ans, l'hypolaryngite guérit toujours, quel que soit le traitement.

La deuxième observation concerne un enfant de 14 mois, qui se présente avec une fièvre à 39° un tirage inspiratoire et des signes de catarrhe diffus dans les voies respiratoires inférieures.

— Aucun détail laryngoscopique n'est donné sur l'état de la sous-glotte.

Est-il possible de faire entrer ce cas dans le cadre des laryngites sous-glottiques ! Ne s'agissait-il pas plutôt d'une bronchite capillaire !

Dans un deuxième chapitre, l'auteur aborde l'étude de la Corticothérapie dans les laryngo-trachéo-bronchites. Ses résultats ont été beaucoup moins heureux que dans la simple hypolaryngite.

Dans certains cas cependant, écrit-il, la Corticothérapie a permis d'éviter la trachéotomie. Mais il ne donne ni le pourcentage de ces cas, ni, dans les cas trachéotomisés, le pourcentage des cas guéris.

Cette publication, la première à notre connaissance sur cette question, et fort intéressante par certaines considérations de physiopathologie qu'elle renferme, ne semble pas apporter, sur le plan clinique, des preuves suffisantes de l'efficacité de la Corticothérapie, dans les hypolaryngites suffocantes de l'enfant.

LAMAS et ses collaborateurs présentent à la Société de Pédiatrie d'Alger (séance du 25 février 1958), un travail intitulé : « Etude sta-

tistique des laryngites aiguës observées à la clinique médicale infantile pendant les années 1956-1957 ».

Leur statistique porte sur 61 cas, comprenant 23 laryngites diphtériques et 38 laryngites non diphtériques.

Les auteurs ont enregistré :

- En 1956 : 11 décès sur 34 cas;
- En 1957 : 1 seul décès sur 27 cas (par diphtérie maligne).

Leurs 21 cas de laryngites sous-glottiques traités par la Cortisone ont tous guéris sans trachéotomie.

Les auteurs pensent que la Corticothérapie a contribué pour une large part à l'amélioration de leur statistique.

Nous enregistrons avec satisfaction leur optimisme; il aurait été intéressant de connaître la gamme de gravité de leurs 21 cas, ce qui aurait permis de faire la part qui revient à la Corticothérapie et celle qui revient au... génie épidermique,.

La publication de OMBREDANES et H. MOULONGUET, ainsi que celle de MULIER, sont plus précises, plus complètes, mieux étoffées. Leurs conclusions, fort pertinentes, nous semblent en harmonie avec la réalité des faits.

OMBREDANES et H. MOULONGUET apportent une statistique d'une trentaine de cas environ, traités à partir d'octobre 1957.

Les doses de Cortansyl employées ont été les suivantes :

— **Chez les enfants de moins de 18 mois** : 150 mg de Cortisone en une injection unique et 30 mg de Cortansyl en 3 prises journalières pendant 3 jours.

— **Chez les enfants de plus de 18 mois** : 1 injection unique de 200 mg de Cortisone et 50 mg de Cortansyl par jour, pendant 3 jours.

Les auteurs insistent sur l'utilité d'associer les deux produits, la Cortisone constituant le traitement d'attaque par son action très rapide, le Cortansyl, dont l'action ne débute que plusieurs heures après son ingestion, agissant comme traitement d'entretien.

Malgré l'importance des doses et étant donné la courte durée du traitement, aucune complication médicamenteuse n'a été observée.

Sur 27 enfants traités, 25 ont guéri, sans intervention, 2 ont été tubés dans les heures qui ont suivi leur admission à l'hôpital. Leur débubage s'est effectué dans les délais normaux, sans incident ni reprise de la dyspnée.

C'est donc un pourcentage de 90 % d'enfants guéris sans tubage, ni trachéotomie; avant la Corticothérapie, les auteurs signalent que



*Couonnement
de la corticothérapie anti-inflammatoire*

DÉCADRON

le mieux toléré des corticostéroïdes

(actif au quart de milligramme)



DELAGRANGE

flacon de **40** comprimés sécables à 0,5 mg
Remboursé à **90%** par la Sécurité Sociale - p. cl. 29

LABORATOIRES DELAGRANGE, 39, Bd de LATOUR-MAUBOURG - PARIS-7^e

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

60 % seulement d'enfants guérissaient sans intervention, 35 % étaient tubés et 5 % trachéotomisés.

MULER rapporte la statistique du Service O.R.L. de l'Hôpital Trouseau (Service du Docteur LEMARIEY).

Elle porte sur 60 cas dont 57 étaient des laryngites sous-glottiques, 3 étaient sus-glottiques.

Sur ces 60 cas, l'auteur élimine de son étude, les cas où la bénignité de l'affection ne nécessita pas de traitement à la Cortisone et les cas où la gravité extrême de la dyspnée imposa d'emblée l'intervention (tubage ou trachéotomie).

Comme le souligne en effet très justement MULER, l'intérêt de la question est de connaître l'action des corticoïdes dans les cas « limite », c'est-à-dire les cas « au bord de l'asphyxie où une indication opératoire pouvait être indiquée aussi bien que l'abstention sous surveillance ».

Dix cas seulement ont pu être classés dans cette catégorie et c'est le résultat de leur traitement par les corticoïdes qui est exposé par l'auteur.

Les doses prescrites sont les suivantes :

- *Cortisone* : 100 mg par jour en 2 injections intra-musculaires, pendant 3 jours;
- *Cortansyl* : 25 mg par jour en 5 prises quotidiennes, pendant 3 jours.

Comme OMBREDANES et MOULONGUET, MULER insiste sur l'inefficacité des doses habituelles et sur la nécessité des doses très fortes, traitement brutal, mais inoffensif, du fait de la brièveté de sa durée.

Après l'exposé des observations, l'auteur dans ses conclusions, résume ainsi ses résultats :

- Trois enfants qui auraient peut-être été tubés, ne l'ont pas été.
- Quatre enfants tubés ont été facilement détubés dans les délais normaux.
- Un enfant trachéotomisé a vu ses lésions rétrocéder d'une façon spectaculaire et a été décanulé rapidement et sans ennui.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous avons relevé dans nos fiches des années 1954 à 1958, 31 cas répartis suivant le tableau suivant :

Nous n'avons pris en considération que les cas suffisamment graves, c'est-à-dire ceux ayant nécessité l'hospitalisation et nous avons éliminé les cas dont le diagnostic n'a pas été confirmé par une laryngoscopie.

	Traitement médical sans Cortisone	Traitement médical avec Cortisone	Trachéotomie pas de Cortisone	Trachéotomie puis Cortisone	Total des Cas	Cas guéris	Décès
1954 ..	5				5	5	0
1955 ..	3				3	3	0
1956 ..	3	1			4	4	0
1957 ..	4	3	4	1	12	12	0
1958 ..	1	4		3	7	7	0
TOTAL .	16	8	4	2	31	31	0

En outre, cette statistique ne comprend que les laryngites strictement localisées à la sous-glotte, sans participation importante de la filière trachéo-bronchique, c'est-à-dire sans les cas de laryngo-trachéo-bronchites.

C'est ce qui explique le pourcentage impressionnant de nos guérisons qui atteint le cent pour cent.

Dans un travail ultérieur, plus complet, s'étalant sur un plus grand nombre d'années, les statistiques que nous aurons à publier seront moins heureuses.

Ainsi donc, sur les 31 cas, les 20 traités par la médication habituelle sans Cortisone ont guéri, aussi bien que les 11 cas traités par la Cortisone.

Parmi les 24 cas guéris par le traitement médical seul, c'est-à-dire sans trachéotomie, 16 n'ont pas eu de Cortisone et 8 ont eu de la Cortisone. Tous ces cas, il faut le dire, étaient de gravité moyenne : tirage modéré, fièvre peu élevée, état général bon et, à l'endoscopie, œdème peu volumineux de la sous-glotte.

Il ne nous est pas permis d'écrire que les 8 cas traités par les corticoïdes ont été guéris grâce aux corticoïdes, puisque 16 cas ont guéri aussi bien sans le secours des corticoïdes.

Les 7 trachéotomies ont été pratiquées d'urgence, la plupart dès l'entrée à l'hôpital, chez des enfants tirant depuis plusieurs heures et déjà arrivés « au bord de l'asphyxie ». Quatre d'entre eux n'ont pas eu de corticoïdes après la trachéotomie. Ils ont guéri sans incidents et sans difficultés lors de la décanulation.

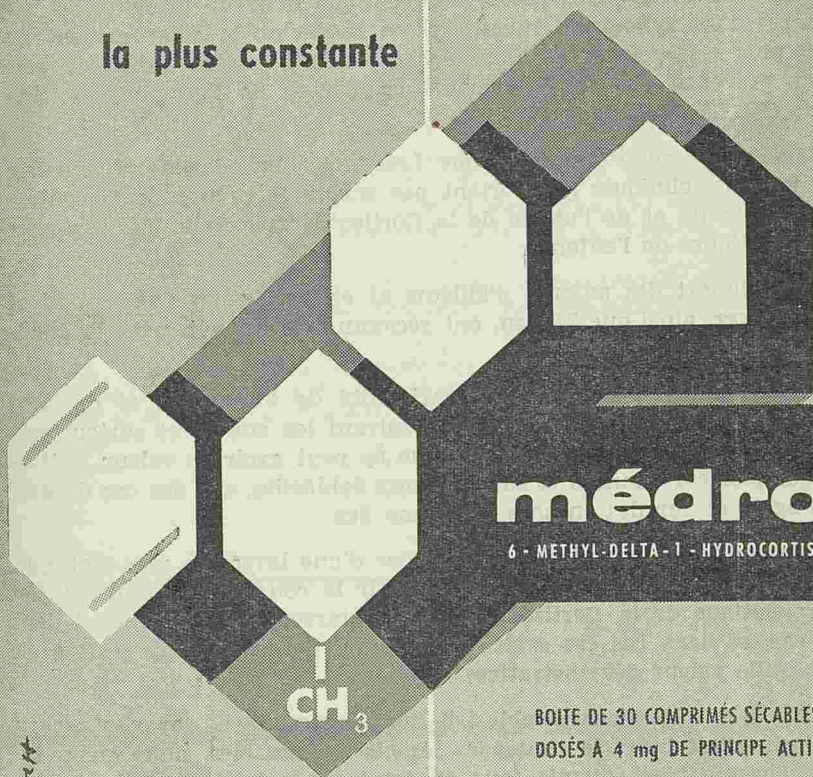
Parmi les trois traités par la Cortisone, deux ont guéri sans incidents; il a fallu recanuler à 3 ou 4 reprises le troisième, malgré un traitement cortisonique intensif et prolongé. En outre, 15 jours après sa guérison, cet enfant a été réhospitalisé pour une reprise assez sérieuse de la dyspnée.

la corticothérapie

la plus efficace

la mieux tolérée

la plus constante



BOITE DE 30 COMPRIMÉS SÉCABLES
DOSÉS A 4 mg DE PRINCIPE ACTIF

REMBOURSÉ S. S. P. Cl. 29

réf. 400.1

LABORATOIRES **Upjohn** 63, Bd HAUSSMANN, PARIS-8^e ANJ. 46-30

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

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

La Corticothérapie dans le traitement des laryngites sous-glottiques grippales de l'enfance est une méthode qui satisfait l'esprit pour qui pense que le résultat des cliniciens devrait logiquement s'accorder avec les résultats des expérimentateurs.

Un produit dont l'action pharmaco-dynamique sur les inflammations et les œdèmes, semble être indéniable, devrait agir sur la lésion anatomique des laryngites sous-glottiques puisque cette lésion est essentiellement une réaction inflammatoire œdémateuse,

LEMARIEY, à propos de la Corticothérapie dans les œsophagites corrosives a écrit : « Si cette thérapeutique nouvelle présente les caractères d'un syllogisme rigoureux, en médecine le raisonnement ne tient plus ». (LEMARIEY : « Deux échecs de la Cortisone dans le traitement préventif des retrécissements cicatriciels de l'œsophage », Annales O.R.L., 1955, page 558).

Sans être aussi rigoureux que LEMARIEY, nous devons reconnaître que les faits cliniques n'apportent pas encore la preuve de l'incontestable efficacité et de l'utilité de la Corticothérapie dans les laryngites sous-glottiques de l'enfance.

La plupart des auteurs d'ailleurs et en particulier OMBREDANES et MOULONGUET, ainsi que MULIER, ont reconnu très honnêtement la fragilité de leurs statistiques.

Pour qui connaît l'extrême variabilité de l'évolution et du pronostic des laryngites sous-glottiques suivant les années et surtout suivant l'âge des enfants, une statistique ne peut avoir de valeur, qu'étaillée sur plusieurs années et sur plusieurs épidémies, sur des cas de gravité égale et sur des enfants du même âge.

Par ailleurs, il faudrait, en présence d'une laryngite sous-glottique, arrivée au « bord de l'asphyxie », avoir le courage d'attendre l'effet thérapeutique de la Cortisone, avant d'intervenir. C'est en effet dans ces cas, et dans ces cas seuls, que l'action des corticoïdes peut avoir une réelle valeur démonstrative.

Ce serait là, nous semble-t-il, une faute grave, car c'est courir le risque d'atteindre le stade des lésions irréversibles, alors qu'un tubage ou une trachéotomie faits en temps opportun, permettent d'espérer une guérison dans la majorité des cas.

Est-ce à dire que la Corticothérapie est à éliminer de notre programme thérapeutique dans la laryngite sous-glottique ? Certainement pas.

Il n'est pas improbable qu'elle écourte la durée de la maladie, mais seulement dans les formes légères ou de moyenne gravité. C'est

là, nous semble-t-il, tout ce que l'on peut attendre d'elle. Ce n'est pas, il faut l'avouer, un résultat à négliger et, ne serait-ce qu'à ce titre, nous continuerons à utiliser la Cortisone.

Mais il faut le répéter, la Corticothérapie ne doit en aucune façon, retarder l'acte opératoire dès que l'intensité de la dyspnée commande l'urgence de l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

- SALA : *De la possibilité d'éviter la trachéotomie dans la laryngite hypoglottique par la thérapeutique cortisonique.* In Journal français O.R.L., 1956, p. 593.
- LAMAS H., CLAUSE, GRIGARE et PERRETI : *Sur les laryngites aiguës de l'enfant.* In Pédiatrie, 1956, n°5.
- LAMAS H., CLAUSE, PERRETI et DOUMENC : *Etude statistique des laryngites aiguës, observées à la clinique médicale infantile pendant les années 1956-1957.* In Pédiatrie, 1958, n° 8.
- LAMAS H., CLAUSE, TRICOIRE et PERRETI : *Etude statistique et thérapeutique des laryngites aiguës de l'enfant, observées au cours de l'année 1955.* Archives françaises de Pédiatrie, 1956, p. 554
- LAMAS H. et J. CLAUSE : *Le traitement des laryngites sous-glottiques de l'enfant. Intérêt du traitement local par la trypsine.* Archives françaises de Pédiatrie, 1956, p. 770.
- OMBREDANE et H. MOULONGUET : *Essais de corticothérapie dans les laryngites sous-glottiques de l'enfance.* Annales O.R.L., octobre-novembre 1958, p. 814.
- MULER H. : *Les laryngites œdémateuses observées à l'Hôpital Trousseau. Essai de traitement de quelques-unes d'entre elles par la cortisone et le cortancyl à haute dose.* Annales O.R.L., décembre 1958, p. 923.

INDICATIONS : O. R. L. : CORYZA · SINUSITES · GRIPPES

STILLARGOL

PROTÉINATE D'ARGENT

SÉDATIF
DÉCONGESTIF
ANTISEPTIQUE

ET STILLARGOL ÉPHÉDRINÉ à 1°.

Adultes : 2%, ou Éphédriné
Enfants : 1%
Otitis : 5%
**YEUX : Nouveaux Nés 2%,
CONJONCTIVITES PURULENTES 5%.**



Beecham en liguette M. S. Bré S. G. D. G.

R. C. S. et O. 50.985 • Lab[™] MAYOLY-SPINDLER, 16, Av. des Châteaupieds, RUEIL (S. et O.) TEL. : MAL 06-27

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

FICARMONE

INJECTABLE

5-10 ET 25 AMPOULES

FICARMONE
"crudum"

BUVABLE

6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM³
COFFRET DE 18 AMPOULES

LABORATOIRE DE



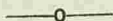
L'ENDOPANCRINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS

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

Un cas de rupture spontanée de la rate

par le Dr Jean DEMIRLEAU



Une observation isolée de rupture spontanée de la rate ne présente certainement pas un intérêt considérable, le nombre de cas rapportés étant déjà nombreux malgré la rareté de cette affection. Il est assez curieux que dans un pays aussi impaludé qu'est la Tunisie et où les rates devraient être particulièrement fragiles, le seul cas que nous ayons observé en 23 ans soit celui d'un Parisien de passage chez lequel aucun antécédent pathologique n'a pu être retrouvé. Voici son observation :

OBSERVATION

Monsieur D... 36 ans.

Appelé auprès de lui le mardi 13 mai à 7 h. 30.

Malade depuis la veille vers 14 heures.

Après un bain de mer un peu froid, sans plongeon, est allé déjeuner. Au cours du repas, malaise, douleurs abdominales, vomissements, selle diarrhéique.

Alité toute la journée, en proie à des douleurs abdominales en barre très pénibles. Encore un ou deux vomissements.

Un médecin, appelé dans la soirée, fait le diagnostic d'entérocolite.

Très mauvaise nuit à cause des douleurs.

Examen : le 13 à 8 heures.

Malade pâle, mais bon faciès.

Température : 38°. Pouls : 120.

Abdomen météorisé, douloureux dans l'ensemble, mais sans contracture.

Diagnostic imprécis : pancréatite aiguë; appendicite anormale.

Le malade est transporté en auto à Tunis, à la clinique. Le trajet, de 20 km, est très douloureux, et chaque secousse provoque des crises.

A l'arrivée, on est frappé par la pâleur et la rapidité du pouls qui est passé à 160. Les autres signes sont les mêmes et la température toujours à 38°4.

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISÉ

ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5 x 6 cm.

ULCÉOPLAQUE N° 2 7 x 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. Ph¹, 76, r. des Rondeaux - PARIS



ALEPSAL

MISE AU ZÉRO
CORTICO-SOMATIQUE

Simple, sur, sans danger

3 DOSAGES

10 cg. CONVULSIONS
5 cg. SPASMES
1 cg. 1/2 DYSTONIES

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES
PHÉNOBARBITAL "CORRIGÉ" PAR
BELLADONE STABILISÉE (Feuille)
Contre les manifestations secondaires Parasymphatiques.

CAFÉINE Eupnéique et Analeptique Cardio-Hépto-Rénal
à dose faible permettant une tolérance encore accrue.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER - 45, RUE M. MICHELIS - NEUILLY-PARIS



REMBOURSÉ S. S.
P. classe I

On élimine le diagnostic de pancréatite à cause de la rapidité du pouls et à cause du facies, et, sans diagnostic, on décide d'intervenir immédiatement.

Prévoyant une intervention difficile, en raison de la corpulence du malade, on fait une anesthésie avec intubation.

Incision iliaque droite.

Le péritoine est bleu, un flot de sang pur s'échappe sans caillots.

On fait le diagnostic de rupture spontanée de la rate et une paramédiane gauche.

L'hypochondre gauche est rempli de caillots que l'on écope.

La rate n'est guère augmentée de volume, elle était adhérente au diaphragme, mais à ce niveau, elle est décapsulée. On la retourne, elle est complètement nécrosée, et pour s'assurer du pédicule, il faut placer un clamp souple sur la queue du pancréas, faute de quoi, elle resterait dans la main.

Ligatures séparées de la veine et de l'artère au fil de lin, catgut sur les vaisseaux courts.

Toilette complète du péritoine.

Il existe sur la face antérieure de l'estomac, une sorte de polype qu'on lie à la base et qu'on enlève.

Paroi sans drainage en 3 plans au nylacap.

Transfusion de 2 flacons de sang du groupe 0 Rh+.

Suites opératoires excellentes.

Le 17, on fait une nouvelle transfusion de 500 cc, car le malade est encore pâle.

Le 23, le malade peut prendre l'avion et rentrer à Paris.

~*~
**~

Il est examiné au début de juin par le Prof. SÉNÈQUE et tous les examens pratiqués sont normaux. Nous avons eu récemment des nouvelles du malade qui est depuis en excellente santé.

Il est évident que nous n'avons pas fait le diagnostic et que nous n'avons pas pensé à l'hétopéritoine, ce qui est plus grave, car enfin c'était tout le tableau d'une grossesse extra-utérine rompue et chez un homme ce ne pouvait être qu'un hétopéritoine, et nous aurions pu éviter la boutonnière iliaque d'exploration.

Les ruptures dites spontanées de la rate sont souvent dues à un traumatisme minime ou parfois simplement à la digestion. Dans le cas qui nous intéresse il n'y a eu ni traumatisme ni même simple effort; la rupture est due à une spléno-contraction due au bain froid; comme la rate pour une raison indéterminée était adhérente partiellement à la coupole diaphragmatique, sa brutale réduction de volume a pro-

voqué la rupture. L'examen histologique n'a révélé aucune autre lésion qu'une nécrose massive secondaire à la déchirure (D^r ZÉRAH). Aucun antécédent pathologique n'a pu être retrouvé et en particulier aucun signe de paludisme.

L. LÉGER a publié en juin 1958 dans la « Presse Médicale » deux cas de rupture spontanée de rate saine et précise les critères donnés par ORLOFF et PESKIN. En février 59, FERRAND d'Alger et ses collaborateurs ont publié à l'Académie de Chirurgie un cas de rupture spontanée de rate saine, et rappellent les conditions sévères qu'exige un tel diagnostic :

1° Interrogatoire approfondi ne révélant aucun traumatisme initial même minime.

2° Absence de processus pathologique évolutif pouvant favoriser la rupture.

3° Absence d'adhérences de cicatrices de périsplénite pouvant faire supposer l'existence d'un trauma ou d'une rupture plus ancienne.

4° Examen anatomopathologique minutieux et absolument négatif.

Notre observation n'entre pas dans le cadre des ruptures de rate normale, mais dans celui des ruptures spontanées dont le mécanisme par contraction a été rarement signalé.

Les premiers cas publiés sont ceux de BAILLY en 1825. AKINSON en 1874 et SKERRIT en 1878. BAYLEY en 1930 en Angleterre. BYFORD la même année en Amérique et AVICE en 1942 en France ont réuni 28 cas de rupture spontanée de rate apparemment saine. L'âge adulte est presque exclusivement frappé avec prédominance chez l'homme. Dans leur travail sur l'hémopéritoine spontané chez l'homme, MONDOR et OLIVIER (1939), donnent un relevé de 251 hémopéritoinés d'origine splénique se répartissant ainsi :

Rates palustres	94
Au cours de malariathérapie	19
Rates typhiques	18
Fièvre récurrente	12
Leucémique	9
Tumeur	6
Infarctus splénique	12
Etiologie obscure	28
Rate dite normale	18
Divers	36

Certains auteurs estiment que nombre de ruptures spontanées sont en fait des ruptures traumatiques secondaires où l'intervalle libre a été anormalement prolongé durant des mois.

Le paludisme semble le principal responsable de ces ruptures, encore que l'absence de toute lésion histologique oblige à recourir aux hypothèses.

Quoi qu'il en soit nous pensons que la publication de notre observation a surtout un intérêt pratique.

En présence d'un syndrome abdominal aigu chez l'homme où il est facile d'éliminer les diagnostics courants, il faut savoir reconnaître les signes d'hémorragie interne, et le diagnostic de pancréatite étant écarté, il faut penser à l'hémopéritoine spontané dont la cause majeure est la rupture spontanée de la rate.

VALENAL

à 0,005 de phénobarbital

SÉDATIF NERVEUX

LABORATOIRES NOVALIS OULLINS (RHONE)

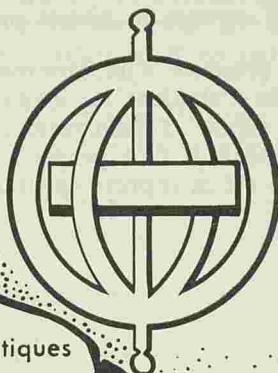
VALENAL FORT

à 0,02 de phénobarbital

SÉDATIF NERVEUX

Synergie médicamenteuse d'extraits végétaux
associés au phénobarbital

DÉSÉQUILIBRE SYMPATHIQUE ETATS NERVEUX



stéatoses hépatiques

athérosclérose

complications du diabète

hypercholestérolémies, néphrose lipopéidique



BOITE DE 30 COMPRIMÉS A 10 Cg



4 A 8 COMPRIMÉS PAR JOUR



LIPORMONE

REMB. S.S. - AMG - COLLECTIVITÉS - AP

P. Cl. 5



LABORATOIRE CHOAY - 48, Avenue Théophile-Gautier, PARIS-XVI* - AUT. 42-43

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

Hypertension artérielle permanente solitaire par néphropathie unilatérale - Néphrectomie

—o—
Guérison depuis six ans

par NACEUR HADDAD et Jean CUÉNANT
—o—

Comme pour beaucoup de syndromes ou maladies, le dénombrement des causes de l'hypertension artérielle a été à l'origine de gros succès thérapeutiques. Parmi ces causes, celles qui sont curables par la chirurgie donnent le plus de satisfactions. En ce qui concerne les relations qui unissent les reins et la tension artérielle, longtemps on n'a bien connu que les lésions déterminées dans le rein par les syndromes d'hypertension permanente et les syndromes d'hypertension artérielle créés ou entretenus par des lésions rénales diffuses dites médicales. La notion d'H.T.A. permanente créée par une néphropathie unilatérale nous est acquise depuis 25 ans seulement, à la suite des travaux de GOLDBLATT; cet auteur, en 1934, avait provoqué une H.T.A. expérimentale en créant une lésion rénale d'un côté seul. En 1935, un chirurgien, BUTLER, apportait aux travaux de GOLDBLATT une confirmation clinique et thérapeutique avec deux observations publiées en 1937 : il s'agissait d'un syndrome d'hypertension artérielle guéri par l'ablation d'un rein atrophique unilatéral.

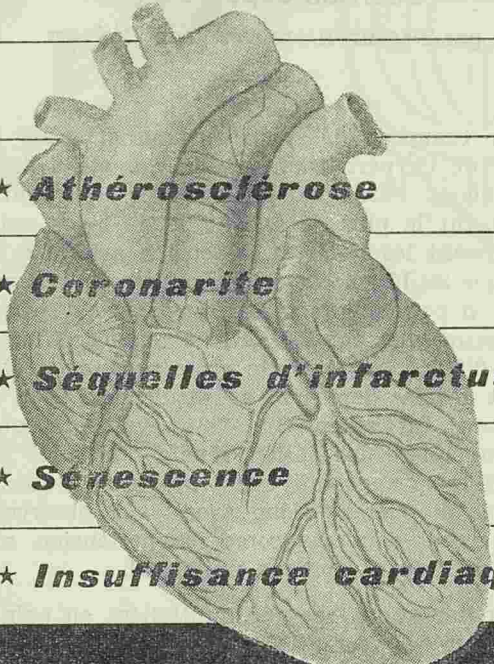
Depuis, les observations se sont multipliées au point qu'on a pu, avec FROMENT, isoler des formes étiologiques rénales de l'hypertension artérielle permanente solitaire. L'observation que nous rapportons entre dans le cadre de ces formes étiologiques rénales parce que la néphrectomie a supprimé le syndrome hypertensif et que la guérison se maintient depuis 6 ans. En voici la relation :

En avril 1953, Madame S., Concetta, vient subir une consultation médicale systématique d'embauche pour travailler au titre de fille de salle à l'Hôpital Charles Nicolle. Elle était née en Italie 38 ans auparavant, mais vivait depuis 20 ans en Tunisie; mariée, elle avait deux enfants respectivement âgés de 19 et 16 ans. Elle n'avait jamais été sérieusement malade et, en particulier, n'avait eu ni paludisme, ni typhus, ni troubles intestinaux. Ses grossesses avaient été normales ainsi que ses accouchements. Elle était bien réglée et se considérait en bonne santé. Elle fut donc surprise d'apprendre que sa T. A. était à 24/12.

Un interrogatoire plus tatillon ne mit en évidence aucun malaise subjectif et l'examen clinique était strictement normal.

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250_{mg} LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

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

La patiente fut aisément convaincue de la nécessité d'examens complémentaires, mais on ne décéla aucune anomalie des urines et l'urée sanguine était à 0,20; même, un examen ophtalmologique montra un fond d'œil tout à fait normal. Une urographie intraveineuse fut donc demandée, elle montra :

- des reins polykystiques avec défaut de rotation du rein gauche dont le bassinet, de morphologie normale, se trouvait en position antérieure;
- à droite, un bassinet non injecté, cependant que les calices étaient dilatés.

Le diagnostic était donc : hydro-néphrose droite.

Cependant, la T. A. demeurait stable à 23-24. Devant cette permanence et les indications de l'urographie, il nous apparut que le mieux serait d'intervenir en s'efforçant d'éviter la néphrectomie. La patiente accepta et fut opérée le 6 juin 1953 :

« Incision de Fey. L'exploration confirme le diagnostic en montrant une hydronéphrose importante provoquée par un pédicule vasculaire anormal inférieur qui vascularise le tiers inférieur du rein.

« La néphrectomie est imposée par l'atonie totale de la voie excrétrice. Présence de deux calculs.

« Fermeture sur lame de caoutchouc. Suites simples. Sortie le 14 juin 1953 avec une T. A. à 13/7 ».

Un mois après, elle reprenait son travail à l'hôpital, ce qui lui permit de venir fréquemment contrôler sa tension artérielle : celle-ci demeurait immuable à 13/7; ce contrôle fut d'autant plus aisé qu'elle présenta à partir de 1955 des kystes récidivants des seins, type maladie de Reclus, dont elle a été opérée 3 fois déjà — dont la dernière en 1958 à Villejuif (car elle a quitté la Tunisie au cours de l'été 1958).

Cependant, nous l'avons revue en avril 1959 et nous avons recommencé tous les examens; la T. A. restant à 13/7, l'urée était à 0,25 et les urines ne contenaient aucun élément anormal. Les radiographies montrent une morphologie normale du rein gauche avec une excellente élimination; ces documents nous permettent de vous présenter cette observation exemplaire de néphropathie unilatérale avec H.T.A. permanente solitaire guérie par la néphrectomie, le résultat se maintenant après un délai exceptionnel de 6 ans, car le recul est probablement le critère le plus solide d'appréciation.

* * *

En effet, ce délai est l'un des plus longs parmi les 600 observations publiées depuis la publication en 1937 de BUTLER; d'après SMITH



I.C.A.
IMP. PARIS

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

les succès n'excèdent pas 25 % pour un recul de 2 ans et, d'après BRAASCH, on observe souvent des rechutes après 5 ans.

Il n'entre pas dans le cadre de la présente relation de discuter des raisons qui ont pu présider aux échecs relevés dans la littérature médicale : notre cas est la démonstration quasi expérimentale de la relation de cause à effet qui unit la néphropathie et le syndrome hypertensif; mais il faut bien rappeler que certains auteurs ont pu discuter et nier cette relation. En effet :

1° Toutes les néphropathies unilatérales ne sont pas source d'H.T.A. (et nous avons présenté à cette Société le cas d'un adolescent porteur d'une hydronéphrose monstrueuse non hypertensive) (1).

2° Il peut y avoir des H.T.A. préexistantes à la néphropathie, mais dues à d'autres causes.

3° Rien ne permet de préjuger l'état du rein contre-latéral qui, s'il est lésé, peut entretenir le syndrome d'H.T.A. et rien souvent n'indique que la découverte de l'H.T.A. et d'un rein malade n'est pas trop tardivement faite, c'est-à-dire à un moment où, par un processus discuté et dont la nature échappe, l'H.T.A. symptôme est devenue H.T.A. maladie (ou soi-disant essentielle) et échappe à sa cause, ne répondant plus aux espoirs mis en la chirurgie.

On admet donc actuellement :

1° Qu'il faut pratiquer une angiographie rénale pour déceler une éventuelle lésion rénale contre-latérale;

2° Que plus jeune est le patient, meilleur est le pronostic;

3° Que plus tôt sont reconnues l'hypertension et sa cause, plus grands sont les espoirs de guérison.

Dans ce cas particulier, nous ne savons pas quel a pu être le moment où s'est déclenchée l'hypertension artérielle, mais nous savons qu'elle était solitaire, sans troubles fonctionnels et qu'elle a été découverte fortuitement, que la malade était porteur d'anomalies congénitales longtemps méconnues (rein polykystique, pédicule vasculaire inférieur anormal) et que le syndrome hypertensif qu'elle présentait a été réversible et a disparu avec l'ablation du rein présumé responsable de l'H.T.A. *Mais nous soulignerons qu'il n'a pas été touché à la surrénale non plus qu'à la chaîne sympathique et que la néphrectomie a été le seul geste chirurgical.*

Nous espérons, enfin, que les perturbations de la ménopause qui menacent notre malade, actuellement âgée de 44 ans, l'épargneront au point de vue de la stabilité, de la tension artérielle.

(1) NACEUR HADDAD, JEAN CUENANT et ABDELKADER GHARBI : *Hydronephrose par sténose congénitale de l'uretère*, Tunisie Médicale, décembre 1958, 36^e année, N^o 10.

RESUME

Les auteurs rapportent la guérison d'une H.T.A. permanente, solitaire, chez une femme de 38 ans, obtenue par la néphrectomie unilatérale, maintenue à un taux normal depuis 6 ans, sans aucun geste sur la surrenale ou le sympathique. Ils insistent :

1° Sur l'intérêt de l'exploration rénale chez les hypertendus.

2° Sur le bénéfice rare, mais essentiel, apporté par la néphrectomie dans les néphropathies unilatérales, quand elles sont responsables de l'H.T.A.

LE LABORATOIRE DE **L'ARHEMAPECTINE**

PRESENTE :

un produit nouveau, concentré et vivant

LEVURE lyophilisée GALLIER

(*Licence Sarecbio*)

- REEDUCATEUR DU TUBE DIGESTIF
- VECTEUR DU GROUPE VITAMINIQUE B
- AGENT FAVORISANT LA CICATRISATION
- AUXILIAIRE DANS LE TRAITEMENT DES DERMATOSES

Dose forte et dose faible : Boîte de 4 flacons à 0,50 et 0,20 g.
P. Classe 14 et 8 — Sécurité Sociale

Laboratoire R. GALLIER, 1 b, Place du Président Mithouard, PARIS-7^e
SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

Arkéblis - Basedowine - Daboïne - Kidargol - Kidoline - Kidophédrine
Gastro-Entéro-Pectine - Paraminan (dragées, ampoules, crème)
Paraminan-Salicylate de Sodium - Tot'Cobra

Société Tunisienne des Sciences Médicales

VENDREDI 12 JUIN 1959

Communications :

MM. Hédi MAHERZI, Béchir HAMZA, Ridha BEN OSMAN et ZAOUÏ : Formes nerveuses de la néphrite aiguë de l'enfant. A propos de 4 observations.

M. Jean DEMIRLEAU : Un cas de rupture spontanée de la rate.

MM. Naceur HADDAD et Jean CUÉNANT : Un cas d'hypertension artérielle par néphropathie unilatérale. Résultat datant de 6 ans.

M. Léon MOATTI : Nécessité d'une institution tunisienne pour la rééducation des enfants sourds. Présentation d'un rapport du Dr Edmond BIJAOUÏ.

M. CHARBAÏ : A propos de 6 cas de sympathectomie lombaire.

Infections Rhino Sinusiennes

ADULTES **BENZO DODECINIUM** 0,25%

ENFANTS **PROPIONATE de SODIUM** 2,50%

GOUTTES O.R.L. EN NEBULISEUR

LABORATOIRES **CHIBRET** CLERMONT-FD PARIS



TUNISIE. — Ets COHEN-JONATHAN : 55, A. de Londres — TUNIS

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

*Oui...
 mais*

Vraiment
NOUVEAU



COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL



INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉURALGIES - SCIATIQUES
 DOULEURS RHUMATISMALES - RÉGLES DOULOUREUSES

ACTION IMMÉDIATE

Phenacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac. Acétyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P. H. R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

Société de Médecine de Paris

— o —
SEANCE DU 22 MAI 1959
— o —

M. R. GENOT : « Les lithiases non uriques des hyperuricémiques et goutteux ».

Actuellement, on est en mesure d'éviter la formation ou de stopper l'évolution des calculs rénaux, mais pour cela il faut, avant tout, apporter un grand soin à déterminer la nature exacte de la lithiase en cause.

C'est ainsi qu'un goutteux ou un sujet hyperuricémique peut constituer, dans certains cas bien définis, des calculs de phosphate de calcium, ou même des calculs phospho-ammoniac-magnésiens. Leur thérapeutique est presque opposée à celle de la lithiase urique, la méconnaissance est exposer le malade à récidiver incessamment ou à construire de volumineux calculs qui le conduiront à l'intervention chirurgicale.

M. G. VITENSON : « Amélioration et précision du diagnostic radiologique par le Logetron ».

Avec l'avènement de l'électronique, la Radiologie, grâce au Logetron, s'est enrichie d'un nouveau moyen d'exploration, surtout intéressant pour l'étude des os, des articulations, des parties molles et du thorax.

Dans bien des cas, l'image mise en évidence par le Logetron, paraît tellement estompée et imprécise sur le cliché original, qu'elle doit être considérée comme « optiquement » invisible.

L'intérêt du Logetron réside donc surtout dans le degré de perception des images. C'est une autre optique, un autre angle d'incidence, un meilleur éclairage qui compense en partie notre champ visuel en élargissant les limites de nos perceptions oculaires.

Ainsi, les petites images qui passent souvent inaperçues sur le cliché standard « sautent aux yeux » sur le tirage logetronique.

Les principales applications du Logetron en Radiologie sont actuellement :

- 1° Les régions difficiles à explorer sur les radiographies standards.
- 2° L'étude des parties molles, notamment des régions péri-articulaires optiquement invisibles aux rayons X.
- 3° Les affections du sein.
- 4° Le larynx.
- 5° Les poumons et le médiastin.
- 6° Les viscères pour lesquels la technique logetronique n'est pas encore tout à fait au point.

M. P. RICHARD : « **Traitement des cancers, selon la méthode du Professeur Leupold** ».

Le Professeur LEUPOLD, ancien Directeur de l'Institut d'Anatomopathologie de la Faculté de Cologne, a montré que des tumeurs pouvaient être provoquées expérimentalement chez des animaux, par des injections de produit physiologiques non cancérogènes, et que la formation de ces tumeurs dépendait de perturbations humorales, en particulier d'une constante liant entre eux cholestérol total, glucose et phosphore lipidique.

Ou inversement, l'on pouvait provoquer thérapeutiquement la lyse de tumeurs chez l'animal et chez l'homme par des chocs humoraux inverses à ceux précédemment étudiés.

La thérapeutique mise au point par LEUPOLD a permis d'attaquer avec succès des tumeurs jusqu'à maintenant mortelles, telles que des sarcomes ou des leucémies.

M. C. BRÉCHOT : « **A propos d'un cas d'hémorragie de varices œsophagiennes chez un cirrhotique** ».

Une anastomose portocave, spléno-rénale, a pu être pratiquée après l'arrêt temporaire de l'hémorragie par un ballonnet. Son efficacité clinique et manométrique a été vérifiée. Elle a constitué une opération de nécessité, dont l'intérêt méritait encore d'être souligné, car elle laisse espérer l'effet thérapeutique d'un traitement de plus longue échéance sur la cirrhose.



SEANCE DU 19 JUIN 1959

M. AUBERTIN : « **Introduction et Généralités** ».

M. GOLDRACH : « **La vaccination antivariolique — technique — contre-indications — conduite à tenir pendant la grossesse** ».

On utilise actuellement la pulpe glycinée dans les régions tempérées, le vaccin sec dans les régions tropicales, le vaccin atténué par le formol et la chaleur dans certains cas exceptionnels.

Le vaccin formolé présente certains avantages : peu de réactions locales et générales, pas d'encéphalites post-vaccinales; mais il a aussi des inconvénients : son activité décline rapidement, la « prise » est moins fréquente et il est essentiel de se souvenir que l'immunité n'est acquise que s'il y a eu formation d'une pustule.

En dehors de la région deltoïdienne qui est la meilleure, on a recommandé d'autres zones de vaccination : pied, abdomen, creux axillaire.

L'œil ne participe pas à l'immunité générale — et il faut veiller à ne pas le mettre en contact avec le vaccin (tant chez le vaccinateur que chez le vacciné) pour éviter une kératite grave.

Les contre-indications vraies sont rares : leucémie, cancer, diabète, hémophilie, maladies de peau néphropathies.

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)

Dans certains cas, des accidents peuvent être observés : allergiques tuberculeux, cardiaques, Ils pourraient probablement être évités en prenant certaines précautions.

La grossesse n'est pas une contre-indication. Avant le 4^e mois, hormis le cas d'urgence représenté par une épidémie de variole, il paraît néanmoins sage de surseoir à la vaccination antivariolique.

M. ZOURBAS : « Vaccination anti-coquelucheuse simple et associée (D.T.C.) ».

M. MICHON : « Technique, indication et complications du B.C.G. ».

L'auteur rappelle les notions classiques du B.C.G., son innocuité, son efficacité.

Il souligne qu'actuellement la meilleure voie de vaccination est cutanée, intradermique ou en scarifications.

L'isolement est loin d'être aussi nécessaire qu'on le croit communément et il ne s'impose que s'il existe une tuberculose bacillifère dans l'entourage.

Les incidents sont très bénins et l'adénopathie évolue toujours favorablement.

Les tuberculoses après B.C.G. posent souvent des problèmes délicats, elles peuvent être précoces si la vaccination et la contamination tuberculeuse sont survenues à peu près simultanément ou tardives chez un sujet vacciné depuis plusieurs années et qui n'était plus protégé par son B.C.G. De toute façon, une étude critique des signes cliniques et radiologiques est indispensable.

Il est indispensable de surveiller les vaccinés en leur faisant tous les ans des cutiréactions de façon à les revacciner au moment où l'allergie fléchissant on peut penser que l'enfant n'est plus protégé.

M. TUPIN : « La vaccination anti-poliomyélitique ».

M. AUBERTIN : « Peut-on proposer un « Calendrier » des vaccinations de l'enfant ».

M. NOIX : « La Roentgen télévision au cabinet du médecin ».

Le système de Roentgen télévision que nous présentons est un modèle très maniable, extrêmement sensible, grâce au nouveau tube analyseur, de quatre à huit fois plus sensible que les précédents; il nécessite évidemment le jumelage de la chaîne avec un amplificateur de brillance, mais l'ensemble peut facilement équiper un cabinet médical ou de spécialiste.

Il permet actuellement la radioscopie en vision diurne à l'abri des rayons X avec les constantes conventionnelles.

Il peut être utilisé pour la téléradio-cinématographie par l'application d'une caméra à obturateur rotatif, synchronisée avec le balayage.

Le nouvel amplificateur de 16 cms de diamètre doit permettre un important développement de cette technique d'avant-garde qui résoud certains problèmes radiologiques insolubles par d'autres procédés.



PETITE ANNONCE.

Importante clientèle thermale centre France à céder. Convient-drait à pédiatre ou pneumologue. Mobilier, Mat Médical, Bail. Ecr. Journal, N° 30.

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)

Pathologie cardio-vasculaire

BÉCILAN

(PYRIDOXINE, VITAMINE B₆)

Comprimés dosés à 250 mg · Flacons de 10
Ampoules dosées à 250 mg · Boîtes de 5
Ampoules dosées à 50 mg · Boîtes de 5

STIMULATION DU MÉTABOLISME CARDIAQUE ET DE SES PROCESSUS BIOCHIMIQUES NORMAUX

ENTRAÎNEMENT SPORTIF * SURMENAGE CARDIAQUE
TRAITEMENT ADJUVANT DES INSUFFISANCES CARDIAQUES
POTENTIALISATION DES MÉDICATIONS DIURÉTIQUES

MALADIE ATHÉROMATEUSE ET SES COMPLICATIONS

Expérimentalement, la pyridoxine est un chaînon enzymatique indispensable au métabolisme normal des acides gras et du cholestérol dont les perturbations interviennent, pour une part importante, dans la genèse et l'aggravation de l'athéromatose.

POSOLOGIE :

Voie buccale ou voie parentérale : 250 mg à 500 mg par jour.

Le Bécilan ne présente aucune toxicité et la prolongation des traitements n'entraîne aucune manifestation d'intolérance.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale : 28, Cours Albert-1^{er} · PARIS-8^e · BAL. 10-70 · B. P. 490-08

Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française

—o—

SEANCE DU 11 MAI 1959

Cœur mitral : une iconographie exceptionnelle, par J. DELAHOUSSE et J. ROIGT.

Les auteurs présentent un malade âgé de 38 ans atteint de maladie mitrale rhumatismale depuis l'âge de 14 ans. La tolérance fonctionnelle est relativement bonne permettant une activité professionnelle modérée. Clinique il existe un souffle systolique, un dédoublement du deuxième bruit et de façon inconstante un roulement diastolique. Le cœur est en arythmie complète, le rythme est maintenu autour de 70 par une digitalisation continue. L'E.C.G. est banal, montrant une surcharge ventriculaire droite. Il n'existe pas de stase périphérique. Par contre l'aspect radiologique est tout à fait exceptionnel. L'oreillette gauche présente une ectasie monstrueuse du volume de la tête d'un fœtus occupant toute la base du thorax et refoulant à gauche les cavités ventriculaires. Son opacité est intense, cependant en radioscopie on met en évidence une opacité arrondie de plus grande densité, de la taille d'une balle de ping-pong, située immédiatement au contact des valvules auriculo-ventriculaires et mobile avec les contractions cardiaques. Des clichés pris avec une grande pénétration objectivent ce thrombus libre, ils montrent également des calcifications au niveau du thrombus mural étendu, qui tapisse cette énorme oreillette.

Les auteurs insistent sur l'opposition entre cet aspect radiologique de monstrueuse ectasie auriculaire avec probablement thrombose massive étendue, canalisée et « ball thrombus » et la relativement bonne tolérance fonctionnelle d'une maladie évoluant depuis 24 ans.

A propos d'un obstacle praevia, par R. LE CANNELIER et R. D. ZINSOU.

Les auteurs présentent une hypertrophie du col avec deux documents iconographiques à l'appui, du volume d'une tête fœtale, n'ayant entraîné aucun incident à l'accouchement, si ce n'est dans les suites de couches immédiates, la persistance de cette hypertrophie, hors de l'orifice vulvaire.

Le traitement général : antibiotiques, vitamines perfusions, sérum ocytotique, associé à un traitement local d'auroéomycine, de sérum salé, de vitamines A en perfusion dans des champs stériles enveloppant l'hypertrophie, a permis la régression totale de cette hypertrophie et une restitution « ad integrum » au 12^e jour des suites de couches.

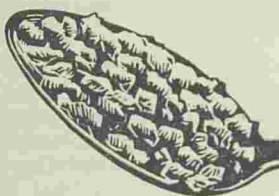
Un cas d'albinisme chez l'Africain, par A. BASSET et G. REILHAC.

Les auteurs rapportent un cas d'albinisme chez un jeune Africain âgé de 5 ans, compliqué d'une lucite avec hydroa vacciniforme de Bazin.

NOUVEAU!

L'association VERRULYSE-METHIONINE

★
véritable aliment magnésien
facilite l'anabolisme
cellulaire et fait disparaître les
verrues, symptôme banal de
DEMINERALISATION



GRANULÉS

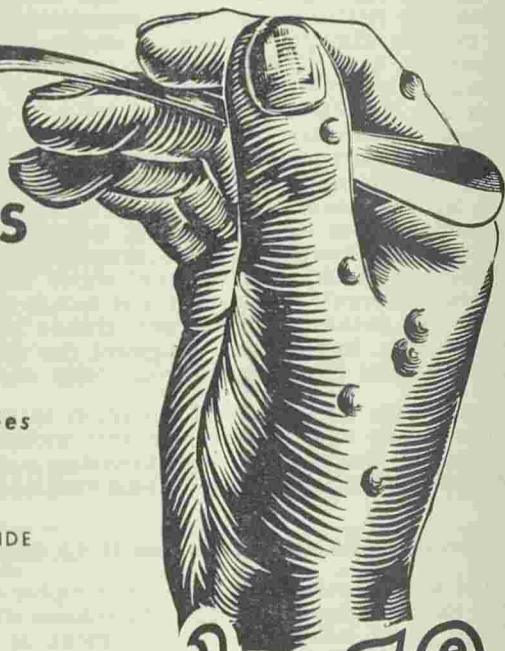
parfumés
à la framboise

★

POSOLOGIE
une à deux cuillerées
à café par jour

ÉCHANTILLONS ET
LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Remboursé par la
Sécurité Sociale



Verrulyse

méthionine

AUTRE FORME : DRAGEES

Ed. PUBLIREX

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

Aspects dystociques des gros enfants en milieu africain à Dakar, par R. LE CANNELIER, P. CORRÉA, J. LAUROY et Mlle MURGIER.

Les auteurs ont relevé à la Maternité Africaine de Dakar, de 1954 à 1958, 898 gros enfants sur un total de 35,607 accouchements, soit un pourcentage de 2.5 % en Europe. Parmi ces facteurs étiologiques ils ont retenu :

— L'âge (entre 25 et 30 ans), la parité, surtout entre la 3^e et la 5^e grossesse; le groupe ethnique ne semble intervenir qu'indirectement, en tant que facteur conditionnant le mode de vie ou la situation sociale; le diabète et les états pré-diabétiques : 5 cas dont un enfant de 6 kg; l'obésité maternelle : 58 cas.

— L'accouchement normal à terme paraît être une éventualité fréquente (85 % à la Maternité de Dakar). Il convient de noter parmi les dystocias parfois sévères, fonctionnelles ou mécaniques, surtout la dystocie des épaules (26 cas). La fréquence des interventions est plus grande : 37 césariennes basses, 48 Forceps, 3 V.M.I., 2 grandes extractions, 2 hystérectomies.

— Le pronostic maternel est souvent assombri : 4 chocs obstétricaux purs, 58 hémorragies de la délivrance, 75 lésions dont 2 F.V.V.

— Du côté fœtal, on note : une mortalité élevée (5 %) ainsi répartie : 27 morts-nés, 19 morts dans les 48 heures, 3 dans les huit jours.

— Une morbidité comprenant : 7 hémorragies méningées, 4 fractures de la clavicule, 3 paralysies radiculaires, 1 paralysie faciale, 1 subluxation de l'épaule.

Anémie drépanocytaire avec paraplégie spasmodique, sidérose hépatique et altérations osseuses. (Nouvelle observation), par G. CHARMOT et P. REYNAUD.

Les auteurs rapportent un nouveau cas d'une fillette de 7 ans, présentant des troubles neurologiques avec anémie drépanocytaire très marquée, homozygote, hépatomégalie avec début de cirrhose et modifications radiologiques des os du crâne. Il semble que les troubles neurologiques soient en rapport avec la drépanocytose bien que ces phénomènes soient exceptionnels. Les auteurs envisagent la pathogénie de ces troubles neurologiques.

Syndrome carentiel mortel chez un gastrectomisé, par M. PAYET, M. SANKALE et A. BOURGEADE.

Les auteurs présentent un syndrome carentiel mortel survenu 7 ans après une gastrectomie chez un Africain de 30 ans. Le tableau clinique de ce malade offre une certaine originalité puisqu'il évoque celui du Kwashiorkor de l'enfant : dépigmentation cutanée en aires, cheveux fins et cassants, poils rares, œdèmes malléolaires, état cachectique et diarrhée incoercible, effondrement de la protidémie et en particulier des sérums/albumines, élévation considérable du rapport phospholipides/Cholestérol.

A noter l'absence de sidérophiline plasmatique à l'immino-électrophorèse avec anémie hypochrome. A l'autopsie stéatose hépatique, intégrité du pancréas.

A propos de 3 observations d'hypertrophie musculaire du sphincter pylorique de l'adulte, par H. BÉZÈS, J. NETIK, P. PÈNE et Cl. RICHIR,

Chez 3 adultes (un Oulof, un Toucouleur, une Européenne), gastrectomisés pour un syndrome radiologique (allongement du canal pylorique avec aspect « en doigt de gant » du pylore et pour un syndrome clinique (vomissements, douleurs rebelles au traitement médical). Mise en évidence de 3 très gros pylores... entrant dans le cadre des sténoses hypertrophiques de l'adulte ou des atresies fibromusculaires de l'antré. Présentation de l'iconographie les accompagnant et considérations d'ordre essentiellement anatomo-pathologique.

Application du test de Goodenough à des écoliers africains de 7 à 14 ans, par Mme C. BARDET, Mme F. MOREIGNE et J. SÉNÉCAL,

Les auteurs rappellent les bases de la technique du test de Fl. Goodenough. Ce test a été appliqué à 750 écoliers africains de 7 à 14 ans de Dakar à Khombole. Les résultats obtenus prouvent une évolution parallèle des dessins des enfants africains et européens, mais il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats, des caractéristiques de la scolarisation africaine.

Un cas particulier d'adaptation au climat tropical, par R. LEMAIRE,

Une hémorragie cryptogénétique massive intra-vésicale au cours du travail, par R. LE CANNELIER et R. D. ZINSOU.

Il s'agit d'une 6^e geste qui présentait à s'y méprendre un syndrome de pré-rupture utérine. La vérification opératoire a montré qu'il s'agissait d'une hémorragie massive endo-vésicale d'un litre environ de sang parfaitement coagulé, drainé par cystostomie, suivie d'une césarienne permettant l'extraction d'un enfant mort, non macéré.

Les examens post-opératoires n'ont montré ni tuberculose rénale, ni malformation des voies urinaires, ni bilharziose vésicale, qui auraient pu expliquer ce syndrome dont les publications de ces dernières années ne font aucun état.

SEANCE DU 8 JUIN 1959

La place de l'artériographie termino-terminale dans les pertes de substance ou plaies contuses des tissus artériels — A propos de 4 observations (présentation de malade), par A. CARAYON H. SINE et CORNET,

Au sujet de 4 observations concernant 3 interventions d'urgence pour plaies artérielles et une cure d'anévrisme traumatique, après rappel des tendances actuelles de la chirurgie vis-à-vis de ces plaies — abstention raisonnée, méthodes restauratrices — les auteurs montrent que la suture termino-terminale est une méthode simple, donnant de très bons résultats, et qui doit être tentée, même avec de petits moyens.

Un cas de scorbut infantile, par J. SÉNÉCAL, A. PELLEGRINO et V. AGBESSI,

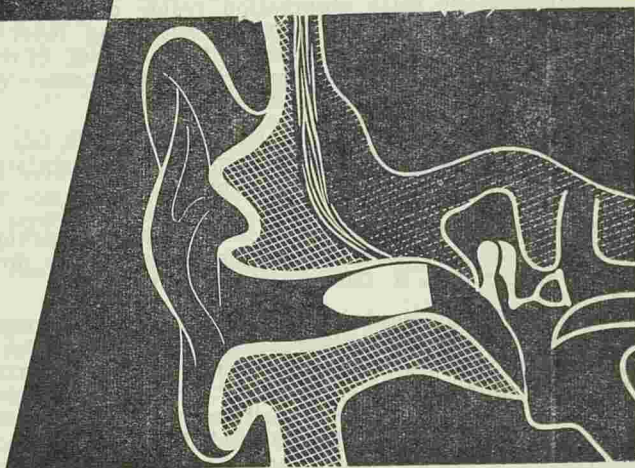
Un cas de scorbut à forme osseuse sans signes hémorragiques chez un enfant noir de 7 ans.

OTOCONES

UNE NOUVELLE FORME
THERAPEUTIQUE
EN OTOLOGIE

CRÉE PAR LES

LABORATOIRES
CHIBRET



4
Avantages

- ACTION OPTIMA PAR CONTACT PROLONGÉ AVEC LES LÉSIONS
- DIFFUSION RETARD AU SEIN DE CES LÉSIONS
- FONTE RAPIDE ET RÉSORPTION TOTALE DE L'EXCIPIENT
- TOLÉRANCE PARFAITE

			TABIEAU	PRIX FRANCE	S.S.	A.M.G. COLLECTIVITÉS
OTOCONES AU BENZO-DODECINIUM	3‰	Otitis chroniques Otitis externes circonscrites ou diffuses		cl. 3	+	
OTOCONES AU CHLORAMPHÉNICOL STREPTOMYCINE (dihydro)	1‰	Otitis chroniques avec écoulement purulent Otitis externes	C	cl. 4	+	+
OTOCONES A L'HYDROCORTISONE	2‰	Otitis catarrhales Eczémas et prur' de l'oreille	A	cl. 12	+	

TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS

Métastase crânienne révélatrice d'une tumeur rénale, par X. SERAFINO, A. PELLEGRINO, V. VOVOR, R. D. ZINSOU et L. ATAYI.

Présentation d'une observation de métastase crânienne révélatrice d'un épithélioma rénal bellinien exceptionnellement rencontré dans la littérature. La volumineuse tumeur osseuse de la voûte crânienne, considérée comme un ostéosarcome a été résequée. L'examen anatomo-pathologique ayant précisé la nature métastatique d'un carcinome glandulaire, les diverses explorations radiologiques ont permis de mettre en évidence un gros rein tumoral gauche et une métastase costale, car la clinique et les examens de laboratoire courants étaient muets.

La crâniectomie, la néphrectomie gauche, et l'exérèse de la métastase costale ont été bien supportées comme l'a démontré la présentation de la malade.

L'intérêt de cette observation réside d'une part dans la méconnaissance première de la nature exacte d'un foyer métastatique crânien dont l'aspect radiologique était inhabituel, et d'autre part la lenteur de l'évolution de cette métastase en l'absence de tout autre syndrome clinique évoquant la tumeur primitive.

Enfin cette observation montre que dans de tels cas une large crâniectomie est possible, car la tumeur ne présentait pas d'adhérence, soit à la peau, soit à la dure mère.

Du polymorphisme des complications neuro-psychiques des filarioses (A propos de quatre observations personnelles dont deux inédites), par A. CARAYON, H. COLLOMB et M. SANKALÉ.

Le problème des complications neuro-psychiques des filarioses reste ouvert, car peu d'observations sont irréfutables. Les auteurs rapportent quatre observations personnelles dont deux inédites. La première est une forme psychiatrique avec atteinte corticale gauche discrète et stase papillaire transitoire. La seconde est une forme psychiatrique pure. Le troisième malade présente un œdème temporal gauche avec crises bravais-jacksoniennes. Le quatrième cas est une hémorragie méningée suivie quinze jours plus tard d'un épisode confusionnel.

Reprenant les cas publiés dans la littérature mondiale, les auteurs insistent sur le polymorphisme clinique de ces manifestations, sur leur apparition brutale, sur leur absence de systématisation, sur leur réversibilité possible. Les caractères cliniques, joints aux arguments pathogéniques et aux confrontations anatomiques, permettent d'invoquer un mécanisme de neuro-allergie.

De l'intérêt à détordre sous rectoscopie certains volvulus du côlon pévien, par H. BÈZES.

La détorsion sous rectoscopie de certains volvulus du sigmoïde évite l'intervention d'urgence, et permet quelques jours plus tard, sur un côlon préparé, l'exérèse en un seul temps du dolicho-côlon responsable. L'auteur présente l'iconographie d'une observation récente (hémicolectomie gauche 13 jours après la détersion), et discute des indications de la méthode, à la lumière de sa statistique antérieure à cette pratique (8 volvulus en milieu africain, dont 3 sphacélés, avec 8 guérisons). D'une façon plus générale, il souligne l'intérêt de la colectomie idéale sans extrapéritonisation ni dérivation en amont (18 observations sans le moindre ennui).

Syndrome de Parinaud curable, élément d'un tableau neuro-anémique complexe, par M. PAYET, H. COLLOMB, M. SANKALÉ et H. AYATS.

Observation d'un malade présentant un syndrome neuro-anémique associant une anémie, des troubles gastro-intestinaux avec dénutrition, hypochlorhydrie, un syndrome neurologique très riche comportant une paralysie de la verticalité du regard limitée aux mouvements d'élévation (paralysie complète à la fois pour les mouvements volontaires et les mouvements automatico-réflexes).

Malgré la longue évolution des troubles neurologiques, un traitement associé acide chlorhydrique et vitamine B 12, assure une guérison complète et rapide. Le cadre nosographique de cette anémie est discuté.

Syndrome de Couvelaire, rupture utérine, hémopéritoine, hématome rétro-péritonéal et enfant vivant, par R. LE CANNELIER et R. D. ZINSOU.

Les auteurs rapportent un syndrome de Couvelaire avec rupture utérine. L'enfant a été extrait par voie haute, chez cette 4^e geste, 4^e pare, césarisée deux fois antérieurement pour B.G.R. Hystérectomie subtotale ensuite, 12 jours après, mère et enfant quittent le service.

Si la rupture semble avoir été favorisée par l'apoplexie utéro-placentaire, il n'en reste pas moins que les 2 hystérotomies segmentaires transversales aient conditionnées la rupture. Partageant l'opinion de HOUEL et SUZOR, nous préconisons l'incision longitudinale médiane du S. I. qui semble éviter de tels accidents.

A propos de deux cas de cervicite bilharzienne, par LARIVIÈRE et P. CORRÉA.

Les auteurs rapportent deux cas de bilharzioses génitales localisées au col utérin. Dans les deux cas il s'agissait d'infestation par « schistosoma haematobium ». Chez l'une de ces malades, la bilharziose vésicale était connue et traitée depuis 13 ans. Chez l'autre, malgré l'existence de petites hématuries microscopiques, plusieurs recherches de parasites furent négatives. Dans les deux autres cas l'aspect pseudo-néoplasique du col utérin fit pratiquer une biopsie, qui montre des lésions bilharziennes nettes, sans signes de malignité.

L'une de ces malades accoucha sans aucun intérêt, par voie basse.

Toutes deux reçurent à la fois un traitement local et général qui amena une nette amélioration. Dans leur discussion les auteurs insistent sur les problèmes gynécologiques et obstétricaux que pose cette parasitose en zone d'endémie comme le Sénégal.



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de

TRONOTHANE

Marque Déposée

Abbott

l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**

44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47-77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres - TUNIS

INFORMATIONS.

Semaine Médicale de Paris

ENTRETIENS DE BICHAT 1959

2-17 Octobre 1959

Consacrée depuis sept ans par un intérêt croissant de la part des praticiens de France et de l'Etranger la Semaine Médicale de Paris va réunir, du vendredi 2 octobre au dimanche 17 octobre 1959, d'importantes manifestations médicales qui vont se tenir simultanément, comme l'an dernier, pour la plupart à la Salpêtrière.

Les unes s'inscrivent dans le domaine de l'Enseignement post-universitaire, tels les Entretiens de Bichat, placés sous la double égide de la Faculté de Médecine et de l'Assistance Publique de Paris; les Entretiens de Pédiatrie, les Entretiens de Thérapeutique, les Actualités de Médecine Interne, les Actualités de Biologie Médicale, les Colloques avec le Praticien, les Journées de Pneumologie de l'Hôpital Bichat, les Journées d'Endocrinologie et de Diététique de l'Hôpital Bichat, la Journée de Psychologie Médicale et la Semaine d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris, patronnée par le Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris et l'Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris.

Les autres, comme les Assises Nationales de Médecine, sous la Présidence du Professeur JUSTIN-BESANÇON, la Journée Médico-Militaire qui y et associée, la Journée du Comité National de l'Enfance, la Réunion de Médecine Rurale, la Réunion d'Information du Conseil de l'Ordre des Médecins et de la Confédération des Syndicats Médicaux, le Festival du Film médico-chirurgical, les démonstrations d'Actualités thérapeutiques, rassemblent des praticiens intéressés par les grandes questions d'actualité. Il s'y ajoute, cette année encore, une Journée d'Enseignement Supérieur des Infirmières, organisée le samedi 3 octobre, par la Croix-Rouge Française et l'Assistance Publique de Paris.

La date de cette Semaine Médicale de Paris (2-17 octobre 1959) coïncide avec divers Congrès, Expositions et le Salon de l'Automobile qui attirent à Paris de nombreux médecins. A l'occasion de leur présence, prennent place deux grands événements culturels :

— D'une part une Exposition consacrée à : « La Médecine en Extrême-Orient », rassemblera des documents et des pièces de collections d'un intérêt exceptionnel, prêtés par les Musées nationaux et les collections particulières de toute la France et de l'Etranger.

— D'autre part, un concert sera donné par l'Orchestre Symphonique de la Garde Républicaine, sous la direction de François-Julien BRUN, sous la coupole historique de l'église Saint-Louis de la Salpêtrière.

Les Comités de ces différentes manifestations, réunis sous la présidence de M. E. LESNE, de l'Académie de Médecine, ont établi en commun, le calendrier de cette Semaine Médicale de Paris, de telle sorte que l'emploi du temps du praticien en séjour à Paris au début d'octobre s'en trouve facilité.

— o —




CENTRE PIERRE ET MARIE CURIE
Centre Algérien de Lutte contre le Cancer

— o —

Des Journées Algériennes de Carcinologie se tiendront à Alger les 16 et 17 novembre 1959 à l'occasion de l'inauguration du Centre Pierre et Marie Curie (Directeur : Professeur Agrégé J. BRÉHANT) par le Ministre de la Santé Publique et de la Population et le Délégué Général du Gouvernement en Algérie.

A l'issue de ces deux Journées, sera organisé un voyage de 48 heures dans les Oasis du Sahara et à Hassi Messaoud.

Pour tous renseignements, écrire au Secrétaire des Journées : Docteur André LECA, Centre Pierre et Marie Curie, Avenue Battandier, Alger.

SCHOUM		FOIE REINS VESSIE
DRAGÉES		MAGNOSCORBOL Chf. de Mg + Vitamine C
ANIODOL		Antiseptique • INTERNE • EXTERNE
LABORATOIRES PARISIENS · 13, 15, Rue de la Sablière · Courbevoie/Seine		

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2

**PREMIER SYMPOSIUM INTERNATIONAL DE CHIMIOThERAPIE
ANTI-INFECTIEUSE ET ANTI-MITOTIQUE**

Genève, 12-13 septembre 1959

sous la présidence d'honneur des Professeurs E. B. CHAIN (Italie),
D. BOVET (Italie) et S. A. WAKSMAN (U.S.A.), Prix Nobel de Médecine

Président : Professeur G. BICKEL (Genève)

Vice-Présidents : Prof. P. GARROD (Londres);

Dr E. J. PULASKI (San Francisco); Prof. H. ROEMER (Tübingen);

Professeur J. TREFOUEL (Paris)

P R O G R A M M E

Samedi 12 septembre :

9 heures Discours inaugural

I. SULFAMIDES - RETARD

- 9 h. 10 1. La sulfaméthoxy-pyridazine
Dr J. T. LITCHFIELD Jr (U.S.A.)
- 9 h. 20 2. Le sulfophénylpyrazol
Dr J. TRIPOD (Suisse)
- 9 h. 30 3. La sulfadiméthoxine
Drs B. FUST, E. BOEHNI, R. J. SCHNITZER et J. RIEDER
(U.S.A. - Suisse)
- 9 h. 40 4. Les sulfamidés-retard (laboratoire)
Dr A. M. WALTER (Allemagne)
- 10 heures 5. Les sulfamidés-retard (clinique)
Pr R. HEGGLIN et Dr W. SIEGENTHALER (Suisse)
- 10 h. 30 Panel discussion : La place des sulfamidés dans la chi-
miothérapie anti-infectieuse
Modérateur : Professeur H. F. DOWLING (U.S.A.)

II. ANTIBIOTIQUES

- 14 h. 30 1. Les associations d'antibiotiques : point de vue fa-
vorable — Dr R. M. McCUNE (U.S.A.)
- 15 heures 2. Les associations d'antibiotiques : point de vue dé-
favorable — Pr H. F. DOWLING (U.S.A.)
- 15 h. 30 3. Les infections staphylococciques dans les hôpitaux
(laboratoire) Mrs. M. BARBER (Angleterre)
- 16 heures 4. Les infections staphylococciques dans les hôpitaux
(épidémiologie) — Dr H.R.P. SEELIGER (Allemagne)
- 16 h. 30 Panel discussion : Les staphylocoques résistants
Modérateur : Professeur W. KIKUTH (Allemagne)
- 17 h. 30 Panel discussion : Les corticostéroïdes dans le traitement
des maladies infectieuses
Modérateur : Professeur G. BICKEL (Suisse)

Dimanche 13 septembre :

III. ANTIMITOTIQUES

- 8 h. 30 1. Synthèse des travaux expérimentaux : chimiothéra-
pie antimitotique — Pr H. LETTRE (Allemagne)
- 9 heures 2. Synthèse des travaux cliniques : chimiothérapie des
affections malignes (sauf maladies sanguines)
Professeur D. A. KARNOFSKY (U.S.A.)
- 9 h. 30 3. Clinique. Chimiothérapie des affections cancéreuses
sanguines — Professeur J. BERNARD (France)

- 10 heures 4. Les antibiotiques antimétaboliques en U.R.S.S.
 Professeur G. F. GAUSE (Moscou)
- 10 h. 30 Panel discussion : La chimiothérapie des affections cancéreuses — Modérateur : Pr D.A. KARNOFSKY (U.S.A.)
- 12 heures Panel discussion . Les essais de greffe de moelle chez l'homme — Modérateur : Pr J. BERNARD (France)

Les textes des rapports et discussions paraîtront dans un volume spécial de « Antibiotica et Chemotherapia », publié par les éditions S. Karger, Bâle - New-York.

Langues officielles : anglais, allemand et français. Un système de traduction simultanée fonctionnera pour ces trois langues.

Inscriptions. — S'adresser au Secrétariat du Symposium, Case Stand 471, Genève, qui enverra les formules d'inscription et de réservations de chambres d'hôtel.

Pr G. BICKEL, président.

Dr P. RENTCHNICK, secrétaire.
 Case Stand 471, Genève.

NOUVEAU PRODUIT

PLEXONAL

L'hypnotique qui réapprend à dormir

—o—

2 à 4 dragées le soir au coucher

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

—o—

Dépositaire Général :

O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

SYNDICAT D'INITIATIVE DE LA VILLE THERMALE

Piemont

ACQUI TERME

Italie

4^e PRIX ACQUI TERME DE RHUMATOLOGIE

Sous le Patronage de la « Società Italiana di Reumatologia »

1.500.000 Lires it. de Prix

Concours international pour un travail inédit sur les maladies rhumatismales (Prix Lires it. 1.000.000) et pour un traité ou une étude monographique d'un argument concernant le rhumatisme (Prix Lires it. 500.000).

Le 31 mai 1959 est échu le délai pour la présentation des ouvrages destinés à concourir au Prix Acqui Terme de Rhumatologie. Ce concours a remporté un succès complet par le nombre élevé de ceux qui y prennent part et par l'importance des travaux présentés.

La Commission Internationale chargée d'examiner ces ouvrages et de décerner les prix, sera composée de :

Prof. L. ANTOGNETTI (Gênes), Directeur de la Clinique Médicale de l'Université de Gênes;

Prof. G. C. DOGLIOTTI (Turin), Directeur de la Clinique Médicale de l'Université de Turin;

Prof. J. FORESTIER (Aix-les-Bains), Président de la Ligue Européenne contre le Rhumatisme;

Prof. F. QUAGLIA (Turin), Représentant du Syndicat d'Initiative de la Ville d'Acqui Terme;

Prof. P. P. RAVAUULT (Lyon), Président honoraire de la Ligue Française contre le Rhumatisme et Directeur de la Clinique Médicale de l'Université de Lyon;

Prof. A. ROBECCHI (Turin), Vice-Président de la Ligue Européenne contre le Rhumatisme;

Prof. L. VILLA (Milan), Président de la Ligue Italienne contre le Rhumatisme, Directeur de la Clinique Médicale de l'Université de Milan.

Le jury se réunira à Acqui Terme les 19-20 septembre 1959. A cette occasion les commissaires étrangers tiendront des conférences sur des sujets rhumatologiques et le nom du lauréat du 4^e Prix Acqui Terme de Rhumatologie sera proclamé.

≡≡≡ MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

C. I. O. M. S.

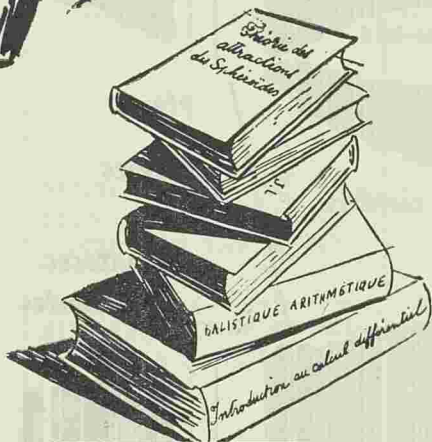
Fondé sous les auspices de l'OMS et de l'UNESCO

CONSEIL DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES
DES SCIENCES MEDICALES9, PLACE DE FONTENOY — PARIS-7^eCALENDRIER DES CONGRES INTERNATIONAUX
DES SCIENCES MEDICALES
POUR 1959 ET 1960

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
9-15 août	Buenos-Aires	XXI ^e CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES PHYSIOLOGIQUES	Président : Pr B. A. Houssay. Sec. Gén. : Pr A. O. Stoppa- ni, Facultad de Ciencias Me- dicas, Paraguay 2155, Buenos- Aires, Argentine.
17-22 août	Londres	XI ^e CONGRES INTERNA- TIONAL DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LO- GOPEDIE ET PHONIAITRIE	Président : Dr L. Stein. Sec. Gén. : Miss P. Carter, 46 Canonbury Square, Londres, N. 1, R.-U.
30 août - 4 sept.	Chicago	II ^e CONFERENCE MONDIA- LE SUR L'ENSEIGNEMENT MEDICAL	Renseignements : Dr Louis H. Bauer, 10 Columbus Cir- cle, New-York 19, N. Y., E.-U.
7-14 sept.	Montréal	XIII ^e ASSEMBLEE GENERA- LE DE L'ASSOCIATION ME- DICALE MONDIALE	Président : Dr Ch. Jacobsen, Danemark. Sec. Gén. : Dr L. H. Bauer, 10 Columbus Cir- cle, New-York 19, N.Y., E.-U.
30 août - 5 sept.	Barcelone	XII ^e REUNION ANNUELLE DE LA FEDERATION MON- DIALE POUR LA SANTE MENTALE	Renseignements : Miss E. M. Thornton, W. F. M. H., 19 Manchester Street, Londres, W. 1, R.-U.
1-7 sept.	Barcelone - Madrid	IX ^e CONGRES INTERNA- TIONAL D'HISTOIRE DES SCIENCES	Président : Pr J. M. Millas- Vallicrosa. Sec. Gén. : Pr Juan Vernet, Facultad de Le- tras, Universidad de Barce- lona, Espagne.

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
6-9 sept.	Zurich	XIX ^e CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES	Président : Pr R. Ruyssen, Sec. Gén. : Pr K. Steiger, 25 Clausiusstrasse, Zurich, Suisse.
6-12 sept.	Paris	III ^e CONGRES DE LA CONFEDERATION MONDIALE DE PHYSIOTHERAPIE	Président : Miss G.V.M. Griffin. Renseignements : Miss M. J. Neilson, Chartered Soc. of Physiotherapy, Tavistock House (South), Tavistock Sq., Londres, W. C. 1, R.-U.
11-18 sept.	Istanbul	XV ^e CONFERENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE	Président: Pr Tevfik Saglam, Sec. Gén. : Dr T. I. Gokce, Association turque contre la tuberculose, Selime Hatun, Mezarlik Sokak, Taksim, Istanbul, Turquie.
13-20 sept.	Munich	XVIII ^e CONGRES DE LA SOCIETE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE	Président : Pr P. L. Mirizzi, Argentine, Sec. Gén. : Pr P. Martin, 43, rue des Champs-Elysées, Bruxelles, Belgique.
18-20 sept.	Munich	IV ^e CONGRES INTERNATIONAL DE LA SOCIETE CARDIOVASCULAIRE INTERNATIONALE	Président : Dr M.E. De Bakay. Sec. Gén. : Dr H. Haimovici, 715 Park Avenue, New-York 21, N. Y., E.-U.
14-20 sept.	Jérusalem	V ^e RENCONTRE INTERNATIONALE DE STANDARDISATION BIOLOGIQUE	Président : Pr Otitzki. Sec. Gén. : Dr C. Mérieux, 17 Bourgelat, Lyon 2, France.
21-26 sept.	Lucerne	VIII ^e CONGRES DE L'UNION INTERNATIONALE DES SERVICES MEDICAUX DES CHEMINS DE FER	Président : Dr Serati, Berne. Sec. Gén. : Dr Ortega, 13, rue de Château-Landon, Paris-10 ^e , France.
Septembre	Madrid	CONGRES INTERNATIONAL DE CYTOLOGIE DU CANCER	Président : Dr Sanz Ibanez, Madrid. Renseignements : Mrs. E. L. Maselli, P.O.B. 633, Coral Gables, Fla., E.-U.
1-3 octobre	Strasbourg	VI ^e CONGRES INTERNATIONAL DE THERAPEUTIQUE	Président : Pr Fontaine, Sec. Gén. : Pr F. Schmid, Institut de Pharmacologie Hôpital Civil, 1, Place de l'Hôpital, Strasbourg, France.

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

POUDRE, POMMADE

EKTOGAN

LIBÈRE DE FAÇON CONTINUE DE L'OXYGÈNE NAISSANT

SANS CONTRE-INDICATION

soins des nouveau-nés
hyperhidrose

cicatrice

plaies

ulcères

dermatoses
suintantes



SOMEDIA DOCUMENTATION MÉDICALE

104, bd HAUSSMANN, PARIS (8^e) ANJ. 46-30

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

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
7-11 oct.	Constance - Zurich	V ^e CONGRES INTERNATIONAL DES SUBSTANCES VITALES ET D'ALIMENTATION	Président : Pr H.A. Schweigart. Sec. Gén. : Bemeroder Str. 61, Hannover-Kirchrode, Rép. Féd. d'Allemagne.
13-17 oct.	Londres	ASSEMBLEE GENERALE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE PERIL VENERIEN ET LES TREPONEMATOSES	Renseignements: Institut Alfred Fournier, 25, Bd Saint-Jacques, Paris-14 ^e , France.

1960

11-16 avril	New-York	VII ^e CONGRES INTERNATIONAL D'ANATOMIE	Président : Dr G.W. Corner. Sec. Gén. : Dr J.C. Hinsey. Sec. Ex. : Dr D.W. Fawcett, Cornell University Medical College, 1300 York Avenue, New-York 21, N. Y., E.-U.
20 avril	Athènes	REUNION DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE CONTRE LE TRACHOME	Président : Pr Bietti, Rome. Sec. Gén. : Dr J. Sedan, 94, rue Sylvabelle, Marseille-6 ^e , France.
3 mai	Genève	XIII ^e ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	Renseignements : Organisation Mondiale de la Santé, Palais des Nations, Genève, Suisse.
15-18 mai	Rome	XII ^e CONGRES INTERNATIONAL DU COLLEGE INTERNATIONAL DES CHIRURGIENS	Président : Pr P. Valdoni. Sec. Gén. : Pr G. Bendandi, Université de Rome, Italie. et Pr M. Thorek, 850 W. Irving Park Road, Chicago, Ill., E.-U.
13-17 juin	Madrid	IV ^e CONGRES INTERNATIONAL DE BIOLOGIE CLINIQUE	Président : Pr A. Utrilla. Sec. Gén. : Dr J. Aparicio, Sandoval 7. Madrid. Espagne.
5-9 juillet	Londres	IV ^e CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LE GOITRE	Président : Sir Charle Harrington. Sec. Hon. : Dr Selwyn Taylor, 3 Roedean Crescent, Londres, S.W. 15, R.-U.

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
18-23 juillet	Copenhague	I ^{er} CONGRES INTERNATIONAL D'ENDOCRINOLOGIE	Président : Pr B. Houssay, Argentine. Sec. Gén. : Dr S. G. Johnsen, Hormone Dept., Statens Serumsinstitut, Copenhagen S., Danemark.
25-29 juillet	New-York	XIII ^e CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE DU TRAVAIL	Président : Dr L. Wade, New-York. Sec. Gén. : Dr R. E. Eckhardt, Esso Research and Engineering Co., P.O.B. 45, Linden, N.J., E.-U.
31 juillet - 6 août	Cologne	XVI ^e CONGRES INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE	Président : Pr G. J. von Altesch Goettingen. Sec. Gén. : Pr Undeutsch, Psych. Inst. Universitaet Köln, Cologne, Allemagne.
31 juillet - 5 août	Stockholm	XXVI ^e CONGRES INTERNATIONAL CONTRE L'ALCOOLISME	Sec. Gén. : Archer Tongue. Bureau international contre l'alcoolisme, Case Gare 49, Lausanne, Suisse.
7-14 août	San-Francisco	V ^e CONGRES INTERNATIONAL DE GERONTOLOGIE	Président : Dr Louis Kuplan, 722 Capitol Ave., Sacramento, Californie, E.-U.
14-19 août	Edimbourg	CONGRES INTERNATIONAL DE CHIMIE CLINIQUE	Renseignements : Dr S. C. Frazer, Clinical Laboratory, Royal Infirmary, Edimbourg, R.-U.
24-27 août	Bâle	VI ^e CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE INTERNE	Renseignements: Steinentorstrasse 13, Bâle, Suisse.
28 août - 1 sept.	Vienne	CONGRES INTERNATIONAL DE LA PSYCHOLOGIE ADLERIENNE	Président : Dr A. Adier, New-York. Sec. Gén.: Dr W. Spiel, Lazarettgasse 14, Vienne IX, Autriche,
28 août - 1 sept.	Vienne	VI ^e CONGRES INTERNATIONAL DES AFFECTIONS THORACIQUES	Sec. Gén. : Pr Anton Sattler, Kaiserstr. 83/7, Vienne, Autriche.
21-26 août	Washington, D. C.	III ^e CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE PHYSIQUE	Président : Dr F. H. Krusen, Rochester, Minn. Sec. Gén.: Dr W. J. Zeiter, Cleveland, Ohio, E.-U.

DOULEUR



LAMALINE

ANALGESIQUE VRAI, NON TOXIQUE
(TOUTES DOULEURS)

CACHETS-SUPPOSITOIRES

REMBOURSE PAR LA SECUR. SOC.

Sarbach

Pub. S. B.

CHATILLON - SUR - CHALARONNE AIN TELEPHONE : 24

Ets PHARMOFFICE, 1, Boulevard Bugeaud à ALGER (Algérie)
PROPHARMA, 4, Passage d'Elbe (43, R. de Corse), TUNIS (Tunisie)
Société INTERFAR, 9-11, Rue de Colmar - CASABLANCA (Maroc)

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
28 août - 2 sept.	New-York	VIII ^e CONGRES MONDIAL DE LA SOCIETE INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DES INVALIDES	Sec. Gén. : Donald V. Wil- 701 First Avenue, New-York 17, N. Y., E.-U.
4-10 sept.		VIII ^e CONGRES INTERNATIONAL DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET DE TRAUMATOLOGIE	Président : Pr J. Trueta, Ox- ford, Sec. Gén. : M. Lee R. Straub, 535 E. 70th Street, New-York, N. Y., E.-U.
4-10 sept.	Toronto	II ^e CONGRES MONDIAL DE LA FEDERATION MONDIALE DES SOCIETES D'ANESTHESIOLOGISTES	Président du Comité d'orga- nisation : Dr R. A. Gordon, 178 St. George Street, To- ronto 5, Ont., Canada.
29 août 1 sept.	Paris	CONGRES INTERNATIONAL D'HISTOCHEMIE	Président : Pr Jean Verne, Paris. Sec. Gén. : Dr Weg- mann, 45, rue des Saint- Pères, Paris-6 ^e , France.
1 ^{re} semaine de sept.	Italie du Nord, pro- bablement Milan	CONGRES INTERNATIONAL D'EMBRYOLOGIE	Président : Pr A. M. Daleg, Sec. Gén. : Pr S. Ranzi, Istit- tuto di Zoologia, Via Celeria 10, Milan, Italie.
1-3 sept.	Genève et Evian	1 ^{er} CONGRES INTERNATIONAL DE NEPHROLOGIE	Président : Pr René Mach, Sec. Gén. : Dr G. Richet, Hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, Paris-15 ^e France.
1-7 sept.	Washing- ton, D. C.	V ^e CONGRES INTERNATIONAL DE NUTRITION	Président : Dr C. Glen King, Sec. Gén. : Dr M.O. Lee, 9650 Wisconsin Avenue, Washing- ton 14, D. C., E.-U.
4-9 sept.	Paris	X ^e CONGRES DE LA SOCIETE INTERNATIONALE DE BIOLOGIE CELLULAIRE	Président : Pr J. Benoit, Sec. Gén. : Pr R. M. May, Faculté des Sciences, Laboratoire de biologie animale, 12, rue Cu- vier, Paris-5 ^e , France.
5-12 sept.	La Haye	IV ^e CONGRES INTERNATIONAL DE CRIMINOLOGIE	Renseignements : 14, Burge- meester de Monchyplein, La Haye, Pays-Bas.

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
7-9 sept.	Londres	VII ^e CONFERENCE DE LA SOCIETE INTERNATIONALE DE PATHOLOGIE GEOGRAPHIQUE	Président : Pr J. H. Dible, Londres. Sec. Gén. : Pr Fréd. C. Roulet, 174 St Albanrheingweg, Bâle, Suisse.
4-10 sept.	Tokyo	VIII ^e CONGRES DE LA SOCIETE INTERNATIONALE D'HEMATOLOGIE	Président: Pr Seizo Katsunuma. Sec. Gén. : Pr Shigeyasu Amano, Université de Kyoto-Yoshida-Machi, Kyoto, Japon. Renseignements : Dr L. J. Tullis, 1180 Bearcon St., Brookline 46, Mass., E.-U. ou Dr G. Mathé, 11 bis, rue Valentin Hally, Paris-15 ^e , France.
12-14 sept.	Tokyo	VIII ^e CONGRES DE LA SOCIETE INTERNATIONALE DE TRANSFUSION SANGUINE	Président : Pr Tamotsu Fukuda, Tokyo. Sec. Gén. : Dr Seizo Murakami, Japan Society of Blood Transfusion, 1 Miyashiro-cho, Shibuya-ku, Tokyo, Japon.
1-18 sept.	Athènes	XVII ^e CONGRES INTERNATIONAL D'HISTOIRE DE LA MEDECINE	Président : Pr Sp. Oeconomos, Athènes. Sec. Gén. : Renseignements : Verband Pr Basile Malamos, Athènes, Grèce.
14-18 sept.	Vienne	XIII ^e CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE SPORTIVE	Président : Pr L. Prokop. Oesterr. Sportaerzte, Senseng. 3, Vienne IX, Autriche.
18-25 sept.	Rome	III ^e CONGRES INTEREUROPEEN DE CARDIOLOGIE	Président : Pr L. Condorelli. Sec. Gén. : Dr V. Puddu. Clinica Medica, Università Policlinico, Rome, Italie.
28 sept. - 1 octobre	Bonn	V ^e CONGRES DE LA SOCIETE INTERNATIONALE D'AUDILOGIE	Président : Pr Luscher, Bâle, Sec. Gén. : Pr Langenbeck. Universitaetsklinik et Poliklinik fuer Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Bonn-Venusberg, Rép. Féd. d'Allemagne.

DATE	LIEU	NOM	BUREAU
Septembre	Rome	IX ^e CONGRES INTERNATIONAL DE BRONCHOESOPHAGOLOGIE	Président : Pr G. Gorron. Sec. Gén. : Dr Ch. L. Jackson, 3401 N. Broad St., Philadelphie 40, Pa., E.-U.
Provisoirement sept.	Rome	VII ^e CONGRES INTERNATIONAL D'HYDATOLOGIE	Renseignements : Pr B. Kouriaris, 11, Héroudou Attikou, Croix Rouge Hellénique, Athènes, Grèce.
	Téhéran	XVI ^e CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES	Renseignements : Directeur du Service de Santé de l'Armée iranienne, Ministère de la Défense Nationale, Téhéran, Iran.
	Allemagne	VIII ^e CONGRES INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPAREE	Renseignements : Dr Louis Grollet, 7, rue Gustave Naud, Paris-16 ^e , France.

SEDACONES

Papavérine
Sédatifs végétaux
Butyléthylmalonylurée

Algies pelviennes

Hémorroïdes - Insomnies

LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB • 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8^e

Agents dépositaires pour la TUNISIE :

M.M. VALENZA & C^{ie} 36, Rue Thiers - TUNIS

*1 à 3
suppositoires
par jour*

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A. FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture : { Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI.

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et Dr A. KHALFAT.

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

*antibiothérapie voie orale
plus rapide - plus efficace*

Hexacycline



Sirop

flacon de 60 ml.

P. Cl. 12

Dragées

flacon de 16

P. Cl. 23

Remboursé S. S.

POSOLOGIE

adultes en moyenne 1g par jour, soit 4 dragées
enfants en moyenne 0,02g par kg de poids et
par jour (2 mesures pour 5 kg)

DIAMANT



LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63 BD HAUSSMANN, PARIS 8^e • ANJ. 46-30

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

SOMMAIRE (1^{re} Partie)

PEDIATRIE

(Travaux effectués dans le Service de Médecine Infantile
de l'Hôpital Charles Nicolle)

- A propos de 325 cas de toxicose traités au cours de l'année 1958,
par MM. B. HAMZA, H. JEDIDI, H. MEHREZI, R. BEN OSMAN,
M. ZAOUÏ et ARAKELIAN 373
- Traitement de la méningite tuberculeuse, par MM. B. HAMZA,
Mlle GHILEB, R. BEN OSMAN, H. JEDIDI, H. MEHREZI 391
- Traitement des méningites suppurées par la pénicilline intra-
veineuse associée à la corticothérapie, par MM. B. HAMZA,
R. BEN OSMAN et H. MEHREZI 403

UN COMPOSÉ IODO-SOUFRÉ DÉRIVÉ DE LA MÉTHIONINE
DIRECTEMENT ASSIMILABLE - BIEN TOLÉRÉ

LOBARTHROSE



IODURE DE MÉTHIONINE - MÉTHYLSULFONIUM
AMPOULES DE 1 cm³ 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^e

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

oxyurose - ascaridiose

sirop de
PIPÉRAZINE MIDY

*Concentration maximum
Activité constante
Atoxicité*



LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM, PARIS-17^e

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

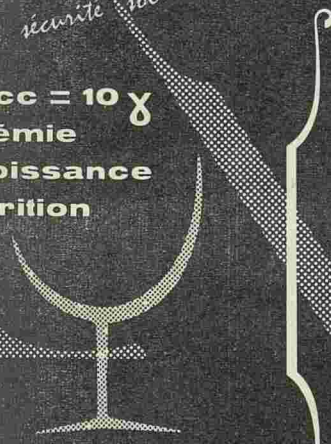
SOMMAIRE (2^{me} partie)



<i>Formes nerveuses de la néphrite aiguë chez l'enfant; à propos de trois observations, par MM. H. MEHREZI, B. HAMZA, R. BEN OSMAN et ZAOUÏ</i>	409
<i>Un cas de syndrome de Laurence-Moon-Biedl-Bardet, par MM. B. HAMZA et S. BEN MESSAOUDA</i>	423
<i>Un cas d'intoxication par le E-39, par MM. HAMZA et R. BEN OSMAN</i>	429
<i>IX^e Congrès International de Pédiatrie : 19-25 juillet 1959 - Montréal</i>	435
INFORMATIONS :	
<i>XXXIX^e Congrès d'Hygiène</i>	437
<i>CIOMS - Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales</i>	439

remboursé par la sécurité sociale

10 cc = 10 γ
anémie
croissance
nutrition



GLOBIRON

vitamine B12
 facteur intrinsèque
 oligo éléments

**boîte de
 20 ampoules
 de 10 cc**

P. classe 15

laboratoire **ROGER BELLON** Neuilly - Paris

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

OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

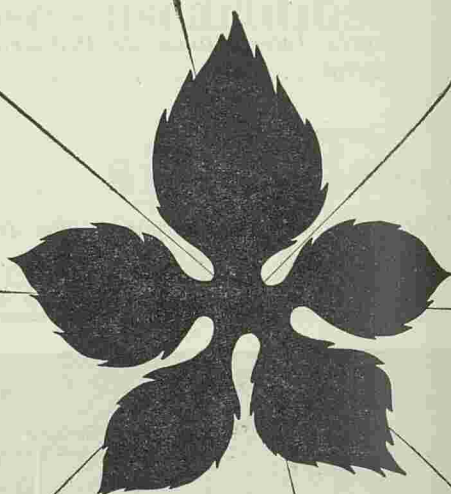
Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations vasculaires.

Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.



A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.

1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.

LABORATOIRES

Biosedra

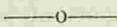
S. A., 28, RUE FORTUNY - PARIS-17^e - TÉL. CAR. 20-2, 23

USINE A MALAKOFF

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

À propos de 325 cas de toxicose traités au cours de l'année 1958

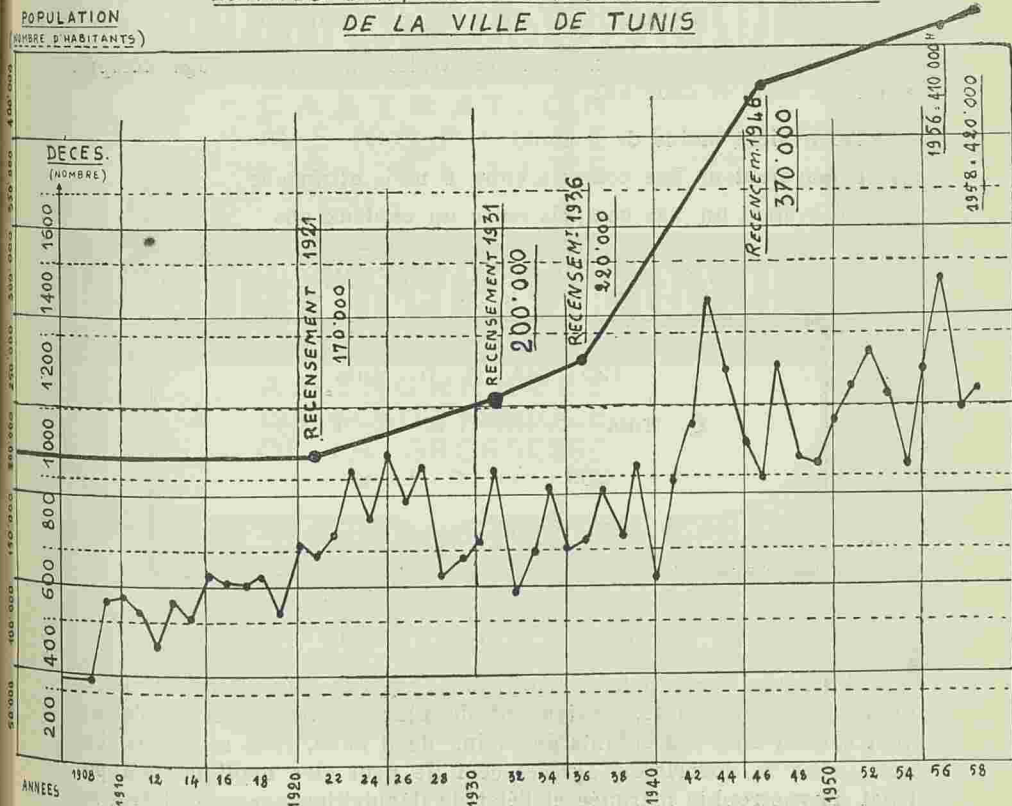
par MM. B. HAMZA, H. JEDIDI, H. MEHREZI, R. BEN OSMAN,
M. ZAOUÏ et ARAKELIAN



La gravité, la fréquence des troubles digestifs dans la pathologie locale des nourrissons, nous ont incité à apporter ici nos statistiques, les confronter avec d'autres et exposer devant vous les moyens que nous jugeons utiles pour diminuer ce fléau.

En effet, si en Europe, la littérature de médecine infantile a été abondante ces dernières années en matière de toxicose, elle semble actuellement se limiter à des problèmes pathogéniques, les troubles digestifs de l'enfant n'étant plus une cause fréquente de mortalité.

SERVICE D'HYGIENE ET DES AFF. ^{SS} SOCIALES DE LA VILLE DE TUNIS



Il n'en est pas de même pour nous, pays à forte poussée démographique et économiquement faible et où les troubles digestifs graves représentent la principale cause de mortalité infantile et où donc un problème thérapeutique et prophylactique se présente avec acuité.

Nous avons réuni 325 observations de toxicose de janvier à décembre 1958, dans notre service de médecine infantile de l'Hôpital Charles Nicolle. Chiffre très important, surtout si l'on considère qu'il représente le cinquième des hospitalisations au cours de la même année et dans le même pavillon. Nous avons considéré comme toxiques tous les états gravissimes de choc résultant de troubles gastro-intestinaux toujours présents et accompagnés du faciès toxique et des symptômes nerveux constants, allant de troubles neuro-végétatifs aux convulsions et coma. La déshydratation fait toujours partie du tableau. C'est dire que nous avons éliminé de notre statistique les dyspepsies avec déshydratation mais sans signe toxique, et que nous avons compris dans notre statistique même les cas gravissimes, décédés quelques heures après l'admission mais ayant reçu la totalité ou une partie du traitement.

AGE ET ETAT STATURO-PONDERAL

Les nourrissons que nous avons traités avaient un âge compris entre un mois et deux ans.

125 avaient moins de 6 mois;

164 avaient un âge compris entre 6 mois et un an;

36 avaient un âge compris entre un et deux ans.

TABLEAU GENERAL SUIVANT L'AGE

125	CAS	<	6	MOIS
6	MOIS	<	164	CAS
			<	1
				AN
289	CAS	<	1	AN
1	AN	<	36	CAS
			<	2
				ANS

COURBE SUIVANT L'AGE

Si les toxicoses, dans les pays où l'hygiène alimentaire et individuelle est satisfaisante, deviennent de plus en plus rares et s'observent surtout chez les enfants de moins de 8 mois, elles se voient chez nous, chez le nourrisson âgé, et ceci ne peut être expliqué que par l'état d'hypotrophie marquée et l'état de dénutrition avancée. Il faut re-

3

ASSOCIATIONS HORMONALES

Cruet
V
V
V

TESTOVIRON-PROGESTÉRONE

2 DOSAGES

HYPERFOLLICULINIE
PRÉMÉNOPAUSE
HÉMORRAGIES
FIBROMYOMES

TESTOVIRON-ŒSTRADIOL

2 DOSAGES

CASTRATION
MÉNOPAUSE
FRIGIDITÉ

PROLUTON-ŒSTRADIOL

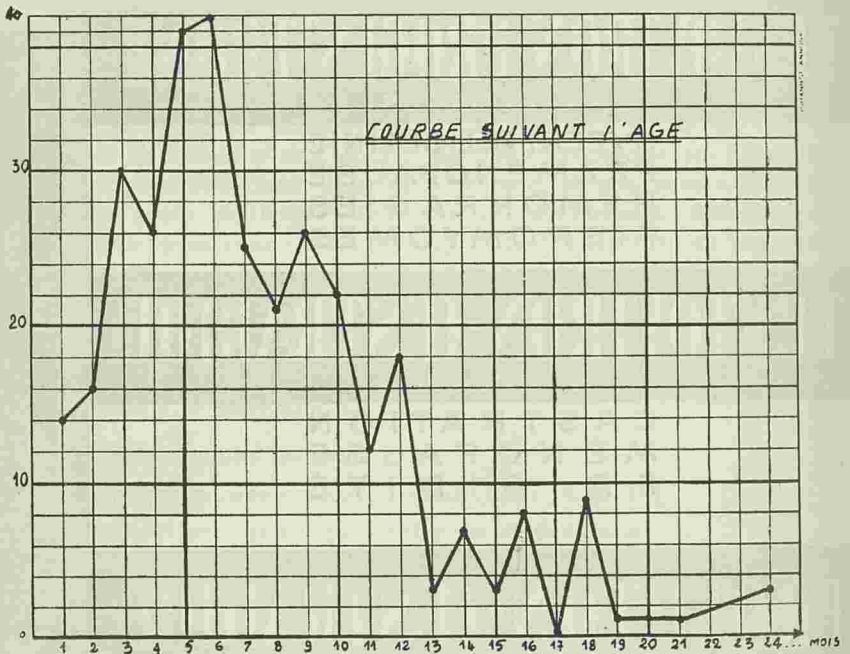
AMÉNORRHÉES
DIAGNOSTIC PRÉCOCE
DE LA GROSSESSE

LABORATOIRES CRUET
SERVICE SCIENTIFIQUE ;
89, AVENUE DE LA BOURDONNAIS - PARIS. VII^e
TÉL. INV 74-19

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

marquer cependant que les cas à un mois et deux mois ne sont pas nombreux. En effet, l'allaitement naturel étant très répandu, les mères allaitent leurs enfants dès la naissance, mais la sécrétion lactée tarit vite, et les enfants sont soumis à l'allaitement artificiel, souvent mal conduit. Cette relative protection du jeune nourrisson contre la toxicose ne peut être expliquée que par les propriétés neurophylactiques du lait de femme.



Le facteur dénutrition est presque constant :

— 25 enfants seulement ont un poids correspondant à leur âge et peuvent être considérés comme eutrophiques.

Tous les autres ont un poids bien au-dessous de la normale.

Les nourrissons de 3 mois ont un poids moyen de 4 kg 060, soit 75 % du poids idéal correspondant à leur âge.

Ceux de 6 mois ont un poids moyen de 5 kg 040, soit 70 % du poids idéal correspondant à leur âge.

Ceux de 9 mois ont un poids moyen de 5 kg 615, soit 65 % du poids idéal correspondant à leur âge.

Ceux de un an ont un poids moyen de 6 kg 400, soit 60 % du poids idéal correspondant à leur âge.

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. V. LA TECHNIQUE PUBLICITAIRE

TUNISIE : O.S.P. — 10, Rue Amilcar — TUNIS

**TABLEAU SUIVANT L'AGE LE POIDS
ET L'EVOLUTION**

<u>AGE</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>POIDS MOYEN</u>	<u>POURCENTAGE DU POIDS IDEAL</u>	<u>GUERISON</u>	<u>DECES</u>
3 MOIS	30	4 ^K , 060	75 %	60%	40 %
6 MOIS	40	5 ^K , 040	70 %	68 %	32 %
9 MOIS	26	5 ^K , 615	65 %	84,7%	15,3%
12 MOIS	18	6 ^K , 400	60 %	67 %	33 %

Sur les 325 enfants :

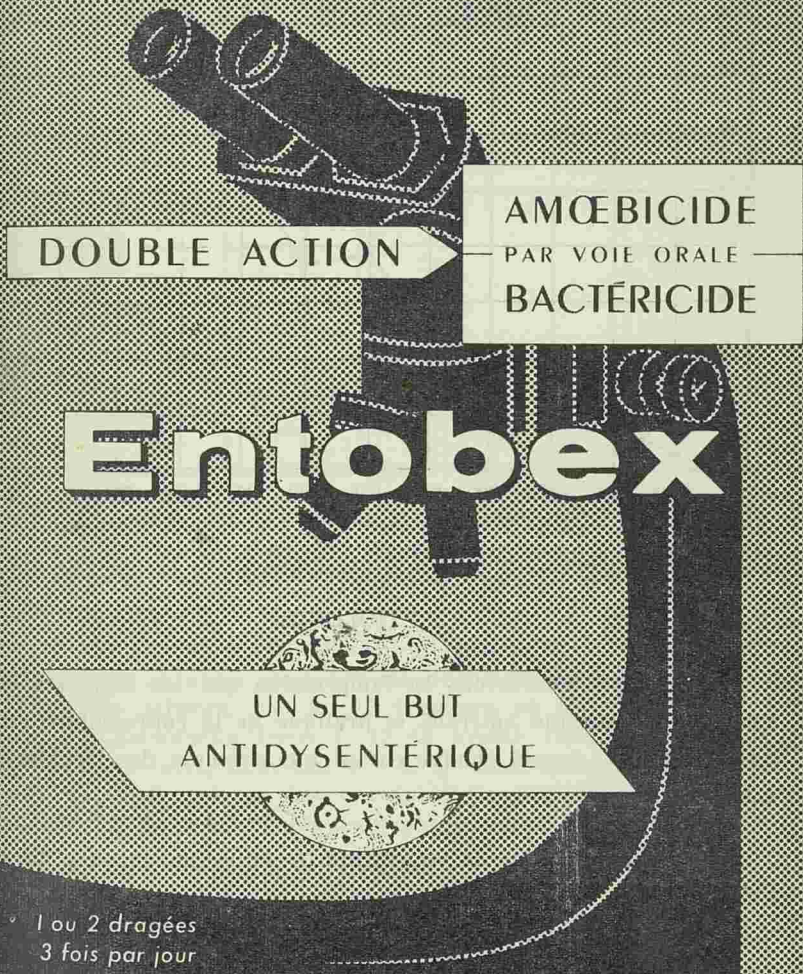
- 23 nourrissons étaient athréniques, et par définition dans un état irréversible;
- 33 nourrissons étaient dans un état d'hypotrophie;
- 14 nourrissons étaient dans un état d'hypoprotidémie;
- 3 étaient tuberculeux.

Au total 73 enfants étaient dans un état de dénutrition très avancée.

SAISONS

L'influence de la saison est bien connue, et les troubles digestifs du nourrisson subissent les conséquences des modifications climatiques au cours de la saison chaude.

Il est cependant à remarquer que le plus grand nombre de cas n'est pas survenu au moment des grosses chaleurs. Certes, les coups de chaleur, les jours de sirocco, amènent un afflux de toxicoses vers les services, mais c'est surtout à la fin de l'été qu'on observe le maximum de cas. Et ceci ne peut être expliqué que par l'état de débilité des enfants, causé par des troubles digestifs répétés et mal ou insuffisamment traités.



DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
PAR VOIE ORALE
BACTÉRICIDE

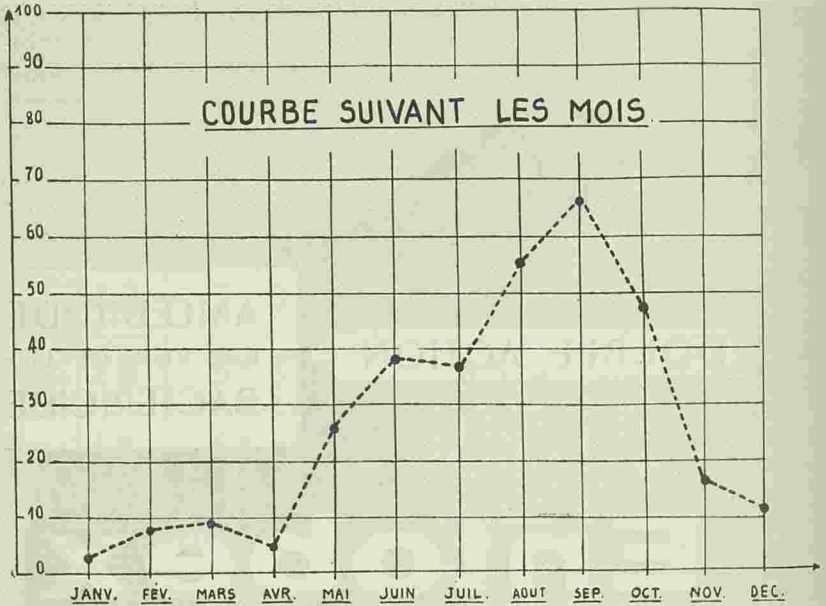
Entobex

UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

C I B A



ETIOLOGIE

Depuis que nous avons eu l'impression que les toxicoses ont surtout ici, une origine entérale, la pratique de la coproculture est devenue habituelle, devant chaque enfant qui présente des troubles gastro-intestinaux.

C'est ainsi que sur 54 coprocultures faites au décours du syndrome toxique :

- 17 ont révélé une Salmonella Tunis;
- 2 ont révélé une Shiguella Flexner;
- 1 a révélé une Escherichia Coli II B4;
- 2 ont révélé une Shiguella Providentia.

Il est à noter que les coprocultures faites au cours de différents syndromes digestifs ont donné les résultats suivants :

	Nombre de copro- cultures	S. Tunis	S. Bethes- da	Shiguella Flexner	Escheri- chia Coli 11 By	Shiguella Boydi
Janvier	18	2	2			
Février	20	2	7	1		
Mars	20	3	2	2		
Avril	28	4	2	2	1,55 B5	
Mai	27	1	7			
Juin	75	17				
Juillet	11	2			1-11 B4	
Août	21	10				
Septembre . .	26	14				
Octobre	7	3				
Novembre . . .	24	6				
Décembre . . .	4	1				
	281	65				

Il est manifeste que parmi les germes intestinaux responsables des troubles gastro-intestinaux, c'est la « Salmonella Tunis » qui est la plus fréquente. Mais est-elle responsable de syndrome toxique ? Nous ne pouvons l'affirmer.

Cette Salmonella a été découverte également au cours d'états digestifs bénins et aussi au cours de pneumopathies aiguës ou tuberculeuses. Par ailleurs, sur les 17 toxicoses où la coproculture a révélé une « Salmonella Tunis », 13 ont évolué vers la guérison, 4 ont évolué vers la mort, mais sur les 4, un était athrepsique, 2 hypotrophiques (un à 2 mois et demi pesant 3 kg 800, un à 4 mois pesant 3 kg 100), et un relativement eutrophique (10 mois, 7 kg 900).

Dans aucun cas, la mort n'est survenue de manière rapide. Les 4 cas ont évolué progressivement vers la cachexie, ce qui laisse supposer que la souche était résistante aux antibiotiques et particulièrement au chloramphénicol.

Il est certain que certaines souches de Salmonella Tunis ont un caractère pathologique et épidémiologique. Grâce aux coprocultures faites de manière presque systématique depuis deux ans, nous assistons à une vague de Salmonellose à S. Tunis, conclusion à laquelle est arrivé le Docteur Huet dans son rapport « Quatorze cas de Salmonellose à Salmonella Tunis » (Archives de l'Institut Pasteur de Tunis).

Nous sommes persuadés que des coprocultures faites avant l'ad-

ministration d'antibiotiques devraient révéler des germes pathogènes dans une proportion élevée de cas. En effet, sur 107 hémogrammes pratiqués au cours des 325 cas de toxicose, 101 ont révélé une leucocytose avec polynucléose que n'explique pas une otite purulente ou une autre affection aiguë.

Parmi les infections parentérales responsables de l'état toxique :

- dans 41 cas une otite suppurée a été mise en évidence, soit dans 12,8 % des cas;
- dans 12 cas, il s'agissait de pneumopathie.

La pathogénie de la toxicose n'est pas encore bien élucidée, il y a :

1) La théorie neuro-végétative qui incrimine une agression sympathique ou para-sympathique responsable de tous les désordres qu'on observe au cours de la toxicose. Elle a pour défenseur LEVRESQUE en France, TALBOT aux Etats-Unis. Ces auteurs pensent que la réhydratation seule ne compense que les troubles électrolytiques, et qu'il faut corriger les troubles neuro-végétatifs. La novocaïne a été d'abord employée, puis la chlorpromazine.

2) La théorie métabolique qui met en cause une fuite d'eau et de sels consécutive aux troubles digestifs, et capable d'entraîner un déséquilibre ionique. D'après cette hypothèse, la réhydratation dirigée par les résultats de l'ionogramme est capable à elle seule de rétablir l'équilibre électrolytique. Cette hypothèse a pour défenseurs GAMBLE, DARROW aux Etats-Unis, CHAPTAL, JEUNE et BERNHEIN en France.

En fait, quelles que soient les théories pathogéniques, ce qui importe en matière de toxicose, ce sont les résultats pratiques qu'entraîne un schéma thérapeutique.

- Réfrigération du malade s'il est en état d'hyperthermie.
- Injection de novocaïne suivie de réhydratation rapide puis lente.
- Traitement anti-infectieux.
- Extraits cortico-surrénaux.
- Neuroplégiques dans des cas précis.
- Réalimentation progressive.

Dès qu'une toxicose entre dans le service, elle est placée dans une pièce climatisée. Nous disposons de 4 chambres climatisées, d'une contenance de 16 lits. Ces pièces sont équipées pendant la saison estivale de matériel à perfusion intra-tibiale ou intra-veineuse, de sérum, et d'un stock de médicaments urgents tels que neuroplégiques, cortisone, extrait cortico-surrénal et barbiturique. Une équipe médicale assure à tour de rôle le contrôle du traitement, non seulement le matin, mais également les après-midi, les nuits et les jours fériés. C'est grâce à

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^{re} semaine : 2 ampoules par jour
2^{ème} semaine : 1 ampoule par jour
3^{ème} semaine : 1 amp. tous les 2 jours

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

cette surveillance médicale permanente dans une affection aussi grave et aussi mortelle que nous avons pu obtenir les résultats qui vous seront exposés dans un instant.

La conduite de la réhydratation est empirique. Elle n'est malheureusement basée sur aucune donnée, fournie par l'ionogramme, notre hôpital n'étant pas encore équipé pour faire des examens de ce genre. Nous basant sur la fréquence au cours de syndrome toxique, d'hypertonie plasmatique, nous commençons par injecter en goutte à goutte le mélange de 2/3 de sérum glucosé et 1/3 de sérum physiologique. La voie de perfusion utilisée est le plus souvent la voie intra-tibiale :

- 295 fois, nous avons utilisé la voie intra-médullaire;
- 19 fois, nous avons utilisé la voie intra-veineuse;
- 20 fois, nous avons utilisé la voie sous-cutanée.

Notre préférence va à la méthode intra-tibiale parce qu'elle est surtout rapide, et cette qualité a une grande importance quand on connaît l'état de gravité dans lequel nous arrivent les nourrissons. Elle nous a semblé donner les mêmes résultats que la perfusion intra-veineuse. Certes, rarement, on peut la maintenir au-delà de 18 heures, mais elle nous rend de réels services au début du traitement; dans la suite si l'état toxique persiste, nous avons recours à la perfusion intra-veineuse.

Le but de cette perfusion est de lutter contre le collapsus cardio-vasculaire et d'éviter l'ischémie rénale, aussi, nous faisons passer très rapidement, en deux heures, environ le 1/5 ou le 1/8 du poids corporel suivant l'état de déshydratation. Très souvent, après cette perfusion rapide, l'état de l'enfant s'améliore, les signes toxiques diminuent et la conscience revient. Nous maintenons alors la perfusion pendant 18 ou 24 heures, à un débit lent, 20 à 30 gouttes par minute; dans d'autres cas, les signes d'amélioration ne se dessinent pas, l'enfant reste toxique alors qu'il paraît hydraté. Il s'agit toujours de toxicoses arrivées tardivement. C'est là un mauvais signe de pronostic, et c'est justement dans ces cas que l'ionogramme que nous ne pouvons pas encore avoir pour des raisons techniques est appelé à nous renseigner de manière précise sur les troubles métaboliques. D'ailleurs l'atteinte rénale, consécutive à l'ischémie rénale est constante dans ces cas. C'est ainsi que dans 38 cas, l'atteinte rénale a été objectivée par l'examen des urines et par l'élévation du taux de l'urée sanguine; 19 nourrissons, soit 50 % sont décédés dans le coma urémique.

Nous associons à la perfusion le traitement antiinfectieux (habituellement le mélange pénicilline, streptomycine, chloramphénicol ou néomycine). L'administration des antibiotiques est systématique, même en l'absence de fièvre et de signes infectieux. Ils sont poursuivis durant une période de 4 à 8 jours.

Depuis l'entrée de la cortisone dans l'arsenal thérapeutique, de nombreux auteurs l'ont utilisée dans le traitement des toxicoses (JEUNE et collaborateurs, Julien MARIE et collaborateurs). Pour la plupart, les corticoïdes ont semblé diminuer la mortalité par toxicose. Nous-mêmes, nous l'avons utilisée au cours des précédentes années, et une étude comparative de toxicoses traitées par la cortisone, avec d'autres traitées par les méthodes habituelles nous a révélé des résultats identiques.

Dans cette statistique, nous avons utilisé 24 fois la cortisone dans des cas particulièrement graves, et où l'état de collapsus vasculaire était très avancé. L'hémisuccinate d'hydrocortisone intra-veineux nous semblait, par son action, tout indiqué dans ces cas. Nous avons eu que des échecs. Pourtant, nous l'avons utilisé dans deux cas de purpura fulminans accompagnés de collapsus cardio-vasculaire très avancés, avec deux succès inespérés.

NEUROPLEGIQUES

Nous avons utilisé la chlorpromazine dans 79 cas sur 325. Nous l'avons prescrit par voie parentérale, soit intra-veineuse, soit intra-musculaire, dans des cas précis : hyperthermie, le plus souvent à plus de 40°; agitation extrême, convulsions, troubles respiratoires (dyspnée toxique sine materia). Nous l'injectons à la dose de 1 mg. par kilo de poids, associée au phenergan, d'abord dans la tubulure de la perfusion; ensuite nous assurons un traitement d'entretien par voie intra-musculaire.

Très souvent, les résultats sont satisfaisants, et même spectaculaires. Cette thérapeutique nous a permis de récupérer quelques cas inespérés. Entre les mains de différents auteurs, ce traitement a donné des résultats variables :

— R. MARQUEZY et collaborateurs ont étudié deux séries de toxicoses de gravité inégale. Dans une première série de 18 cas particulièrement graves, avec hémorragies digestives, ils ont obtenu 12 succès. Dans une deuxième série de 43 cas, il ne déplorent que 5 décès.

— M. BERNHEIM, dans la thèse de R. MARCAKIS, publie 32 observations de toxicoses, avec seulement 4 décès.

— SARROUY et collaborateurs, dans une série de 36 cas, ont déploré 9 décès.

— R. SORREL et collaborateurs ont traité 39 nourrissons atteints d'état neurotoxique grave, et ont obtenu 30 guérisons.

— L. CAUSADE et collaborateurs rapportent 27 observations de toxicose avec 8 échecs.

Si cette thérapeutique a pu donner dans certains cas des succès éclatants, elle n'est cependant pas dénuée d'inconvénients. Parmi les

complications imputables aux neuroplégiques, il faut citer surtout :

1) les accidents d'aspiration bronchique, entraînant l'obstruction des voies respiratoires, et nécessitant une broncho-aspiration;

2) météorisme abdominal que ne fait disparaître ni la sonde rectale, ni la prostigmine;

3) la surcharge liquidienne : il nous a semblé que les nourrissons hibernés font facilement des accidents d'œdème aigu pulmonaire ou cérébral s'ils reçoivent les liquides par voie parentérale, aux doses habituelles dans les toxicoses;

4) hypothermie grave et indésirable;

5) l'arrêt brutal des neuroplégiques peut s'accompagner de rebond des signes toxiques.

Le traitement neuroplégique constitue cependant, malgré les inconvénients, un appoint considérable dans le traitement des toxicoses, à la condition que les indications soient bien précises, et que les doses soient bien calculées.

La diète hydrique est évidemment maintenue pendant 24 heures; elle est suivie d'aliments pectiques (farine de caroube ou carottes, pendant 2 ou 3 jours). L'alimentation lactée est reprise très progressivement.

Dans des cas d'intolérance gastrique prolongée, nous avons recouru à des petites transfusions ou perfusions d'hydrolysats de protéines.

RESULTATS

Sur 325 toxicoses, nous avons eu :

— 223 guérisons, soit 68,7 %;

— 102 décès, soit 31,3 %.

Cette mortalité peut paraître élevée, si l'on considère les chiffres obtenus en France et dans d'autres pays européens.

— R. BERNARD, P. MAESTRAGGI, P. et M. CASTERET, ont présenté le bilan thérapeutique établi dans une unité de soins équipée spécialement pour recevoir les nourrissons gravissimes admis dans la Cliniques Médicale Infantile de Marseille. Ils ont traité 300 toxicoses, avec 15 % de décès.

— JEUNE et collaborateurs publiait une statistique en 1952 avec 35,1 % de mortalité. En 1954, il publiait une deuxième statistique avec 10,2 % de mortalité. Il attribue cette amélioration à la réhydratation dirigée.

30, Rue Singer PARIS (XVI^e)

40 ans de résultats cliniques.



Pour éviter les troubles sur les
Antibiotiques par voie buccale
Donner en même temps le Lactéol
(Total Lactéol: 5 cuillères ou 1 ampoule 3 fois par jour)

— SARROUY et collaborateurs, dans ses statistiques des années 1948 et 1950, avec un recrutement presque identique au nôtre, enregistre 38,15 et 56,4 % de décès.

En 1956, grâce aux perfectionnements de la méthode thérapeutique, et surtout aux neuroplégiques, la léthalité a été abaissée à 24 %.

— R. DEMIRAG, de la Clinique Infantile d'Ankara, publie en 1957 une statistique avec 58 % de décès.

Si les statistiques sont différentes, suivant les auteurs et les pays, c'est surtout parce que chaque hôpital, et surtout chaque pays, a un recrutement particulier.

Nos toxicoses surviennent sur des terrains carencés, débilisés par des épisodes digestifs répétés. Elles ont une allure beaucoup plus grave que celles que l'on observe dans les pays tempérés, et surtout dans les régions où le standing de vie est élevé. Elles sont comparables à celles que décrivait MARFAN sous le nom de choléra infantile.

Si l'on supprimait de notre statistique les nourrissons athrepsiques, et les enfants cachectiques, nous obtiendrions un taux de léthalité de 20 %, chiffre qui se rapproche des résultats obtenus en Europe.

En faisant le bilan des décès, nous constatons :

— 37 cas de mort immédiate, c'est-à-dire quelques heures après l'admission. Ce qui ramènerait le taux de mortalité corrigée à 20 %.

Cependant, nous pensons qu'il faut conserver et compter les décès immédiats, car le but de la thérapeutique est d'agir dès les premières heures.

— 65 sont décédés dans les jours qui suivent, soit d'hypotrophie post toxique, chez un enfant débilité par une maladie antérieure, soit de troubles métaboliques que nous n'arrivons pas à préciser, faute d'équipement technique. Nous sommes persuadés que la perfusion dirigée par les résultats de l'ionogramme est susceptible de faire baisser le taux de léthalité tardive par toxicose.

C O N C L U S I O N

Cette statistique de 325 cas de toxicoses nous a permis d'évaluer l'importance, la fréquence et la gravité des troubles digestifs chez le nourrisson, en Tunisie.

— La mortalité infantile par gastro-entérite est presque stationnaire depuis des années, malgré un meilleur équipement hospitalier.

— Les Centres de soins, créés dans différents secteurs de la ville, n'ont pas diminué la léthalité par toxicose.

— La diminution de l'alimentation au lait maternel, par hypogalactie ou agalactie maternelle, fréquente chez nous, et même très précoce, les mauvaises conditions d'hygiène alimentaire et le manque de traitement adéquat longtemps poursuivi et régulièrement surveillé, constituent des facteurs favorisant les gastro-entérites graves.

La meilleure mesure de prévention serait de pouvoir hospitaliser le nourrisson dès le début des troubles digestifs et de ne le rendre à sa famille qu'une fois que le régime alimentaire a été convenablement équilibré.

Cette solution suppose une hypertrophie des services de Médecine Infantile, et, par conséquent, des difficultés budgétaires inhérentes à la situation du pays.

Or, entre cette solution idéale, irréalisable dans l'immédiat, et la situation actuelle, on peut trouver une mesure intermédiaire, transitoire. La création de Centres de traitement diurne de nourrissons atteints de troubles digestifs aigus, subaigus et chroniques, est un moyen susceptible de faire diminuer le nombre de toxicoses graves.

L'idée de tels Centres nous a été inspirée par une expérience faite au Chili par Julio MENEGHELLO de Santiago et collaborateurs. Ces auteurs ont créé, à l'Hôpital Manuel Arriaran, un Centre de réhydratation de nourrissons atteints de troubles digestifs au cours de la période estivale. Leur expérience porte sur 2.268 cas. 76,6 % des cas ont pu être traités avec succès d'une manière semi-ambulatoire.

Le fonctionnement de ces Centres est à étudier avec les pouvoirs responsables, et nous sommes persuadés qu'ils seront en mesure de faire baisser la léthalité par toxicose et par gastro-entérite grave. Cette solution n'est qu'une mesure palliative, en attendant qu'une meilleure prévention fasse disparaître, comme dans bien des pays, ce fléau.

(Séance du 20 février 1959).



0,50 G 1.M
1 G 1.M

STREPTODUOCINE

BIPENICILLINE ^{2/3}

Sarbach

L'ASSOCIATION
PÉNICILLINE STREPTOMYCINE
DE SÉCURITÉ

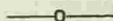


ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPHARMA — 4, Pas. d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Société Interfar — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

Traitement de la Méningite Tuberculeuse

par les D^{rs} B. HAMZA, M^{lle} H. GHILEB, R. Ben OSMAN,

H. JEDIDI, H. MEHREZI



Le traitement de la méningite tuberculeuse est passé par plusieurs étapes :

1° Etape de la streptomycinothérapie seule par voie intramusculaire et intra-rachidienne. C'était un traitement de longue durée, qui a donné quelques guérisons dont certaines au prix de séquelles graves.

2° L'étape de la streptomycine associée à l'acide paraminosalicylique a quelque peu modifié les résultats.

3° L'Isoniazide a marqué une étape particulièrement importante dans le traitement de la méningite tuberculeuse. Ce produit, par la forte concentration intra-rachidienne qu'il entraîne a permis non seulement de réduire la durée du traitement intra-rachidien, mais dans certains cas, de le supprimer.

4° L'association, enfin, aux antibiotiques anti-tuberculeux des stéroïdes corticaux a marqué des progrès sensibles dans le traitement de la méningite tuberculeuse.

L'intérêt de notre étude est d'exposer les résultats des différents traitements de la méningite tuberculeuse :

A) Traitement par les antibiotiques anti-tuberculeux :

— Streptomycine, acide paraminosalicylique — Isoniazide associés aux cortico-stéroïdes et introduits par voie générale et par voie intra-rachidienne.

B) Traitement par l'Isoniazide, acide paraminosalicylique associés aux cortico-stéroïdes, et administrés uniquement par voie générale.

Nous rapportons les résultats de notre expérience qui porte sur 53 enfants traités pour méningite tuberculeuse au cours des années 1956 et 1957 et avec donc un recul de 2 et 3 ans.

MODALITES DE TRAITEMENT ET POSOLOGIE

— La streptomycine a été utilisée par voie intra-musculaire aux doses de 0,50 g à 1 g suivant l'âge, et par voie intra-rachidienne aux doses de 1 mg par kilogramme de poids et par jour.

— L'acide paraminosalicylique a été prescrit aux doses de 3 à 10 grammes par jour suivant l'âge.

— L'Isoniazide a été donné à des doses fortes, 25 à 30 mg par kilo-

gramme de poids et par jour, lorsqu'il n'est pas associé à la streptomycine; associé à celle-ci, il a été prescrit à des doses moindres.

CORTICOTHERAPIE

Elle a été utilisée sous forme de :

1° Métacortandracine par voie buccale aux doses de 10 à 60 mg par jour suivant l'âge.

2° Cortisone injectable par voie intramusculaire lorsqu'existent des vomissements.

La corticothérapie est poursuivie jusqu'à disparition des signes inflammatoires, normalisation de la cytologie rachidienne et du taux de l'albumine.

Une fois ce résultat obtenu, seul le traitement antibiotique est poursuivi pendant une période de 9 à 12 mois.

ANALYSE DES RESULTATS

Nous avons traité 53 enfants :

17 enfants âgés de moins de 2 ans;

8 enfants dont l'âge est compris entre 2 et 3 ans;

28 enfants âgés de plus de 3 ans.

1

NOURRISSONS de < 2 ans : 17 cas { 16 DÉCÉS.
1 GUÉRISON. 5,3% DE GUERISON

ENFANTS ≥ 2 ans ≤ 3 ans : 8 cas { 4 DÉCÉS,
4 GUÉRISONS. 50% DE GUERISON

ENFANTS > 3 ans : 28 cas { 21 GUERISONS.
7 DÉCÉS. 75% DE GUERISON

L'âge des enfants est un facteur de pronostic, d'importance capitale; le jeune âge du sujet est un facteur de gravité. La mortalité est très élevée chez les nourrissons quel que soit le mode d'administration des médicaments anti-tuberculeux et des cortico-stéroïdes.

VITAMINOTHÉRAPIE **B₁**
A HAUTES DOSES PAR VOIE BUCCALE

BÉVITINE 250

DRAGÉES DOSÉES à 250 mg de VITAMINE B₁
Flacon de 20 dragées · Prix public : Frs 475

Remboursable aux Assurés Sociaux

ALGIES NERVEUSES

POST-ZOSTÉRIENNES
SCIATIQUES, MÉNINGÉES
CERVICO-BRACHIALES
RADICULITES
NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU

ASTHÉNIES

MYALGIES - ARTHRALGIES

SURMENAGE PHYSIQUE & INTELLECTUEL

POSOLOGIE JOURNALIÈRE : 2 à 4 dragées.

SOCIÉTÉ PARISIENNE

RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE

POULENC

Information Médicale : 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

2

17

NOURRISSONS < 2 ANS.

14

TRAITÉS PAR VOIE LOCALE
+ TRAITEMENT GÉNÉRAL

}	STREPTO.
	ISONIAZIDE
	HYDROCORTISONE

1

GUÉRISON

3

TRAITÉS PAR VOIE GÉNÉRALE
(STREPTO. ISONIAZIDE ET CORTISONE)

0

GUÉRISON

— Sur 17 nourrissons traités, nous avons enregistré 16 décès et une guérison.

— Sur 8 enfants dont l'âge est compris entre 2 et 3 ans, nous avons enregistré 50 % de guérison.

— Sur 28 enfants, d'âge supérieur à 3 ans, nous avons enregistré 75 % de guérison.

L'état clinique des malades au moment de leur admission, conditionne également le pronostic. Beaucoup de malades arrivent tardivement, comme c'est habituel en clientèle hospitalière et sont traités en pleine évolution de leur maladie, avec un syndrome méningé évident et des modifications importantes de liquide céphalo-rachidien.

La presque totalité des malades arrivent au stade, soit d'obnubilation, soit de coma, et dans ce groupe le nombre de décès est important quelle que soit la mortalité thérapeutique.

2^{bis}17 NOURRISSONS < 2 ANS.

COMA	CONSCIENCE CONSERVÉE	TRAIEMT LOC ^l ET G ^l	TRAIEMT GEN ^l SEUL	DECES	GUERISON	POURCENT ^{GE}
16	1	14	3	16	1	5,3%

Sur 17 nourrissons de moins de deux ans, 16 sont entrés dans le coma, un seul avait la conscience conservée et a guéri sans séquelles.

3

16

ENFANTS
ENTRÉS DANS LE COMA

4

ENFANTS

TRAITÉS PAR VOIE GÉNÉRALE UNIQUEMENT

0

GUÉRISON

12

ENFANTS

TRAITÉS PAR VOIES LOCALE ET GÉNÉRALE

2 GUÉRISONS

10 DÉCÈS

Sur 16 enfants entrés dans le coma, 4 sont traités uniquement par voie générale, avec échec total (4 décès); 12 ont été traités par voie générale et locale, avec 2 guérisons et 10 décès.

L'utilisation de la voie locale ne semble pas indispensable; elle peut trouver son indication dans les cas gravissimes et chez le nourrisson; en tout cas, il n'y a aucun intérêt à prolonger ce mode de traitement; en effet, sur 28 enfants âgés de plus de 3 ans, 14 ont reçu un traitement uniquement par voie générale et on a enregistré 11 décès

4

28 ENFANTS > 3 ANS

14

ENFANTS

TRAITÉS UNIQUEMENT
PAR VOIE GÉNÉRALE

11 GUÉRISONS

3 DÉCÈS

14

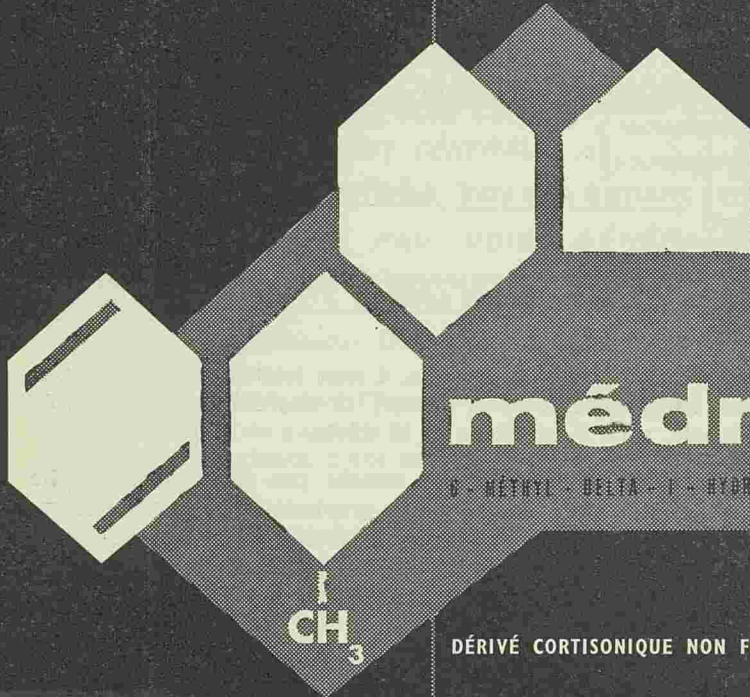
ENFANTS

TRAITÉS PAR VOIE LOCALE
ET GÉNÉRALE

10 GUÉRISONS

4 DÉCÈS

en corticothérapie



médrol

D - MÉTYL - DELTA - 1 - HYDROCORTISONE

DÉRIVÉ CORTISONIQUE NON FLUORÉ

présente le coefficient thérapeutique le plus élevé

(marge de sécurité maximum
entre effets anti-inflammatoires
et effets secondaires)

430.2

LABORATOIRES

Upjohn

63, BD HAUSSMANN . PARIS 8^e . ANJ. 46-30

BOITE DE 60 COMPRIMÉS SÉPARABLES, DOSÉS À 4 mg DE PRINCÍPE ACTIF - REMBOURSE 60%, P. OJ. 29 - ABRÉGÉE APRÈS DES COLLECTIVITÉS - A.B.A.

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

et 3 guérisons — et 14 autres enfants ont été traités par voie générale et intra-rachidienne avec 10 guérisons et 4 décès.

Sur 8 enfants âgés de 2 à 3 ans :

- 5 ont reçu un traitement par voie générale, et nous avons obtenu 3 guérisons;
- 3 ont reçu le traitement général et intra-rachidien et nous avons obtenu 1 guérison et 2 décès.

5

8 CAS D'ENFANTS DE 2 A 3 ANS.

5

PAR VOIE GÉNÉRALE (STREPTO...)

3 GUÉRIS
2 DÉCÈS

3

PAR VOIE LOCALE ET GÉNÉRALE

1 GUÉRIS
2 DÉCÈS

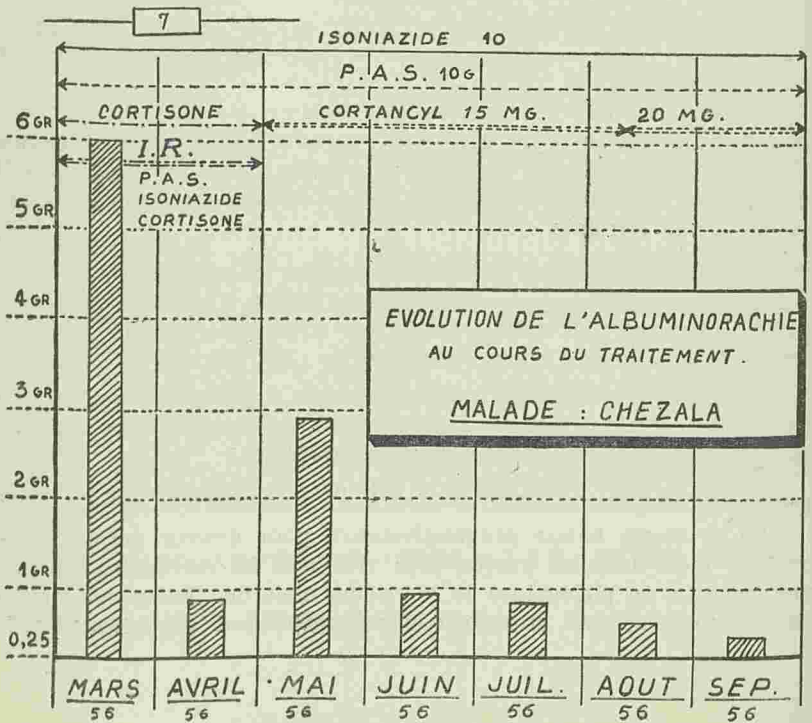
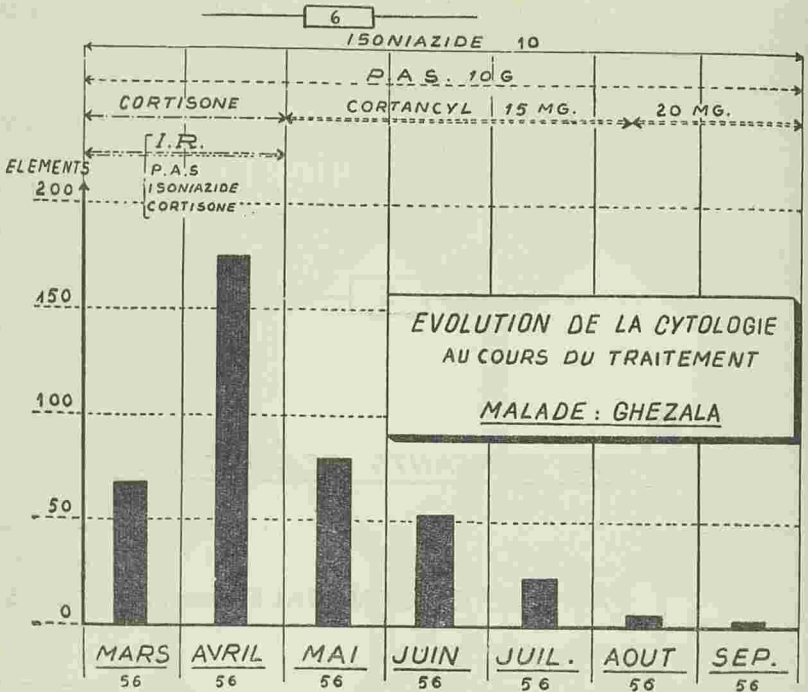
Le pronostic dépend également de la précocité du traitement hormonal. La corticothérapie doit être instituée dès le début de la maladie; ce traitement doit être prolongé jusqu'à la normalisation de la cytologie rachidienne, et jusqu'à la baisse du taux d'albumine aux voisinages de la normale.

De l'analyse de nos résultats, il ressort que la corticothérapie a beaucoup amélioré le pronostic des méningites tuberculeuses sévères; elle est d'autant plus active, qu'elle est administrée précocement. Son action favorable s'est manifestée, sur le plan clinique et biologique.

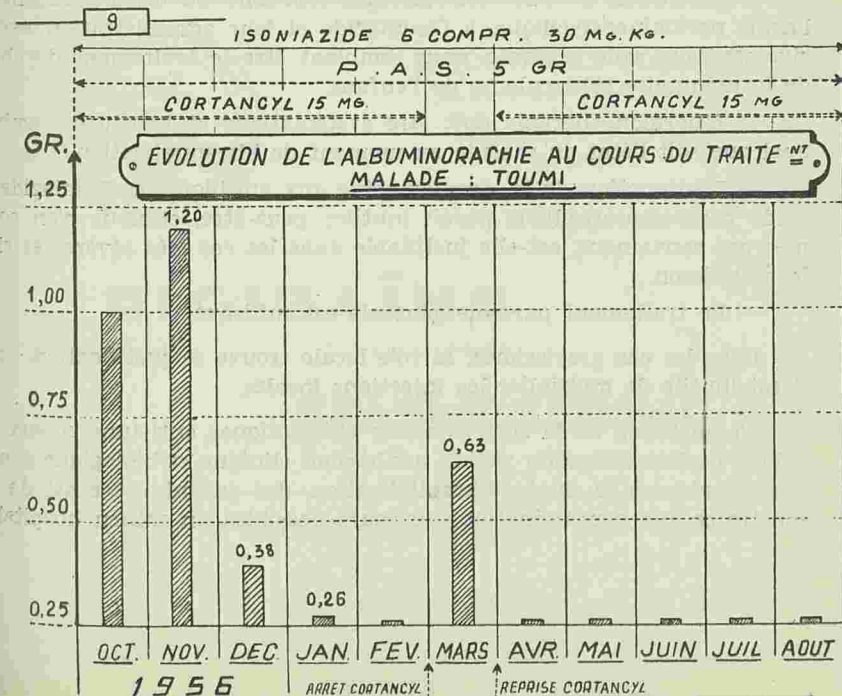
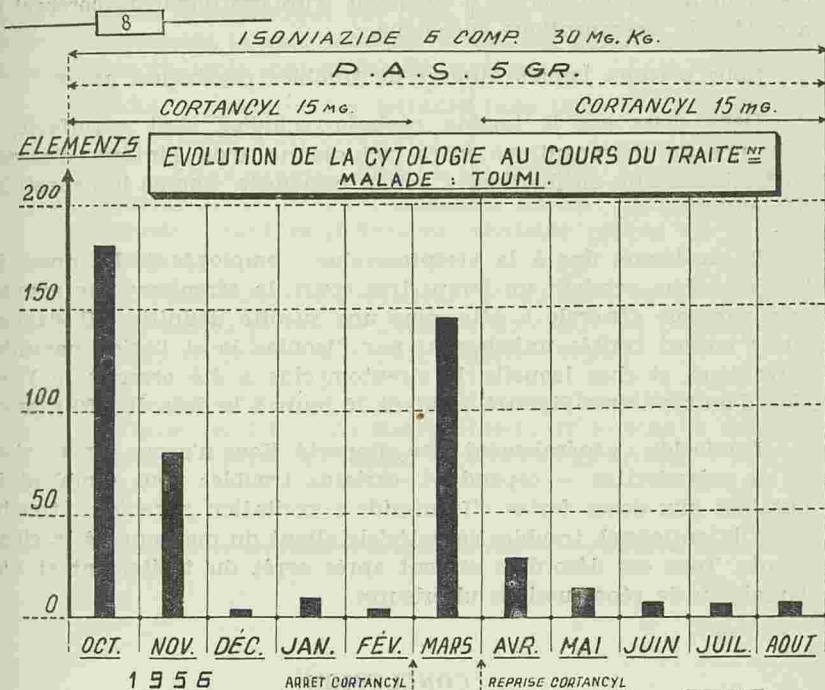
— Sur le plan clinique, la fièvre baisse rapidement, la conscience redevient normale dès la première semaine, les vomissements disparaissent, et l'état général s'améliore assez rapidement.

— Sur le plan biologique, son action est aussi manifeste :

La cytologie baisse progressivement, pour devenir normale le 4^e ou le 5^e mois dans les graves, plus vite dans les cas bénins. On note une poussée de pléiocytose le deuxième mois du traitement, lorsque, au traitement général, on associe le traitement local (voir schéma 6 et 7).



L'albuminorrhachie suit à peu près la même évolution. Lorsque la corticothérapie est arrêtée précocement, on assiste à une poussée évolutive de la maladie qui se manifeste par une augmentation des éléments et du taux de l'albumine. Cette reprise de la maladie cesse quand on reprend le traitement à la cortisone (voir schéma 8 et 9).



ACCIDENTS DU TRAITEMENT

1° **Accidents du traitement hormonal** : un seul accident d'ordre métabolique a été observé; il s'agissait d'un cas d'œdème cérébral qui a cédé à la thérapeutique spécifique.

Nous n'avons jamais observé de troubles psychiques graves.

Dans deux cas le liquide céphalo-rachidien s'est surinfecté, en l'absence de thérapeutique intra-rachidienne, d'où l'intérêt d'associer au traitement un antibiotique à action prolongée, comme la benzathine-pénicilline.

2° **Accidents dus à la streptomycine** : employée à des doses faibles et même pendant un temps très court, la streptomycine administrée par voie générale a déterminé une surdité définitive. Il s'agissait d'une enfant traitée uniquement par l'Isoniazide et l'acide paraminosalicylique, et chez laquelle, la streptomycine a été prescrite à l'occasion d'un syndrome digestif, pendant 15 jours à la dose de 0,50 g pro die.

Isoniazide : généralement bien supporté. Nous n'avons jamais observé de polynévrites — cependant, certains troubles nous semblent imputables aux doses fortes d'Isoniazide : excitation psychique, tremblement intentionnel, troubles caractériels allant du mensonge à la cleptomanie. Tous ces désordres cessent après arrêt du traitement et n'ont jamais eu de répercussions ultérieures.

CONCLUSION

L'association de l'hormonothérapie-cortisone ou delta-cortisone, à l'acide paraminosalicylique, à l'Isoniazide et leur administration exclusivement par voie générale, nous semblent être le traitement de choix de la méningite tuberculeuse de l'enfant.

— L'hormonothérapie doit être systématique et instituée d'emblée quel que soit l'état du malade au moment de l'hospitalisation.

— L'adjonction de la streptomycine aux antibiotiques Isoniazide et acide paraminosalicylique paraît inutile; peut-être, et nous n'en sommes pas convaincus, est-elle justifiable dans les cas très sévères et chez le nourrisson.

— Le traitement par voie générale est suffisant.

Dans les cas gravissimes, la voie locale trouve sa justification, mais il est inutile de multiplier les injections locales.

L'association de la cortisone aux antibiotiques anti-tuberculeux, en dehors de l'amélioration rapide sur le plan clinique et biologique a permis de réduire la durée d'hospitalisation des enfants et ainsi de les soustraire aux contaminations toujours possibles en milieu hospitalier

et d'éviter la dégradation psychique qu'entraîne un long séjour dans les services.

Le schéma thérapeutique que nous avons adopté, et qui consiste à utiliser uniquement la voie générale, et d'éviter autant que possible la streptomycinothérapie sous toutes ses formes :

- a réduit le nombre des rechutes (une seule a été observée, et cette rechute a été modérée);
- nous a heureusement épargné les surdités, complications fréquentes au cours des traitements traités suivant l'ancienne méthode : surdités définitives, véritable rançon de la thérapeutique;
- enfin, l'association systématique, et d'emblée de la corticothérapie, nous a permis de mieux lutter contre les formes sévères, et surtout les formes méningo-encéphalitiques.

Ce schéma nous a permis de suivre des malades atteints de méningite tuberculeuse, en dehors du milieu hospitalier, lorsque le milieu social et surtout le milieu familial offre certaines garanties.



LABORATOIRES DEGLAUDE

15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV*

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE

P. Cl. 2

Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE

P. Cl. 2

Sédatif cardiaque



le laboratoire français des stéroïdes

1959 CORTISONE ROUSSEL

1953 HYDROCORTISONE ROUSSEL

1955 CORTANCYL

1957 HYDROCORTANCYL

1959

DECTANCYL

21-acétate de 16 α - méthyl, 9 α - fluoro - deltahydrocortisone

**Toutes les indications de la
CORTICOTHÉRAPIE**

Flacon de 30 comprimés, avec barre de cassure,
dosés à 0,55 mg d'acétate de dexaméthasone
correspondant à 0,5 mg de dexaméthasone base.

Tableau A.

Prix : 1,870

Remboursé par la Sécurité Sociale.

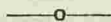


DIFFUSION MONDIALE

Les Laboratoires Roussel, 35, Bd des Invalides - Paris VII
Alger : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel
Casablanca : Société marocaine des Laboratoires Roussel, 382 Bd
Mohammed-V
Tunis : O.S.P., 10, rue Amilcar

Traitement des méningites suppurées par la pénicilline intraveineuse associée à la corticothérapie

par les Drs B. HAMZA, R. Ben OSMAN et H. MEHREZI



Jusqu'en 1957 les enfants atteints de méningite suppurée et hospitalisés à l'hôpital Charles Nicolle étaient traités suivant la méthode classique, à savoir : sulfamides per os et intramusculaire, Pénicilline par voie intramusculaire et intrarachidienne.

La mortalité était relativement élevée puisque sur une série de 28 cas étudiés en 1956 on enregistrait 8 décès, soit une mortalité de 28 %.

Cette mortalité s'expliquait par l'évolution souvent mortelle des formes comateuses, encéphalitiques et septicémiques et des formes du nourrisson.

Depuis le début de l'année 1957, c'est-à-dire depuis environ 2 ans, nous employons une nouvelle méthode de traitement avec laquelle nous avons traité 67 enfants atteints de méningite suppurée :

- à méningocoques dans 61 cas;
- à pneumocoques dans 5 cas;
- à bacilles de Pfeiffer dans 1 cas.

Ce traitement comporte :

1° **La Sulfamidothérapie** : elle a été utilisée chez tous nos malades, aux doses de 0,20 g à 0,30 g par kg de poids, sous forme de sulfapyridine intramusculaire et sulfadiazine per os.

2° **La Pénicilline** en perfusion intraveineuse à doses massives; la dose habituellement administrée a été de 5 millions d'unités par jour en une ou deux fois, quel que soit l'âge de l'enfant. La dose a parfois été majorée jusqu'à 7 et même 10 millions d'unités par jour.

Elle est diluée dans du sérum glucosé 500 cc à 1 litre et administrée en perfusion intraveineuse lente, la perfusion restant en place 4 à 8 heures.

Nous ajoutons habituellement à la perfusion 1 à 2 gr de chlorure de sodium sous forme de sérum physiologique, quelquefois davantage, 3 à 5 gr en cas de collapsus ou de déshydratation très marquée.

Cette perfusion sera répétée aux mêmes doses pendant 5 à 8 jours.

Nous administrons également, en plus de la perfusion veineuse, de la Pénicilline par voie intramusculaire : 2 millions d'unités par jour en moyenne dans le but de maintenir la Pénicillinémie pendant les 24 heures.

3° La Corticothérapie a été administrée :

a) Le plus souvent sous forme d'hydrocortisone en perfusion intraveineuse, dans le même bocal contenant la pénicilline, et aux doses de 25 à 200 mg par jour selon l'âge de l'enfant et durant 3 à 5 jours, l'hydrocortisone intraveineuse étant remplacée ensuite par la Δ Cortisone ou Cortancyl per os.

Nous avons utilisé l'hydrocortisone dans 36 cas où se trouvaient réunis des éléments de gravité tels que signes neurologiques ou encéphaliques, signes septicémiques, collapsus, ou très jeune âge de l'enfant.

b) Assez souvent devant un malade à l'état général relativement conservé, nous donnons d'emblée la Delta-Cortisone ou Cortancyl per os : 10 à 30 mg par jour. C'est ce que nous avons fait dans 25 cas.

c) Dans 6 cas, enfin, nous avons utilisé la Cortisone par voie intramusculaire.

4° Enfin, en plus de la Pénicilline et des Sulfamides, nous avons assez souvent employé d'autres antibiotiques, guidés par les données de l'antibiogramme : la Tifomycine dans 12 cas, la Terramycine dans 11 cas, la Streptomycine dans 7 cas, l'Erythromycine dans 7 cas, la Rovamycine dans 2 cas.

5° Nous rappellerons enfin, que nos malades n'ont reçu aucun traitement intra-rachidien.

QUELLE A ÉTÉ L'ÉVOLUTION DE NOS MALADES ?

Sur 67 cas nous avons enregistré 11 décès, soit une mortalité de 16 %, alors qu'il y a 3 ans avec la thérapeutique classique la mortalité était de 28 % : la mortalité a donc baissé de près de 50 % avec la nouvelle thérapeutique.

Dans les cas ayant évolué vers la guérison, l'amélioration clinique a été spectaculairement rapide.

La fièvre lorsqu'elle existe disparaît en 24 heures ainsi que les vomissements.

La torpeur se dissipe rapidement et l'on voit couramment tel enfant admis en état de coma, reprendre conscience en 24 heures.

Par contre la céphalée peut persister plusieurs jours ainsi que la raideur méningée.

Sur le plan biologique le liquide céphalo-rachidien est stérilisé en 1 à 2 jours, il s'éclaircit en 3 jours et devient cytologiquement et cliniquement normal en 6 à 7 jours en moyenne.

Nous insisterons particulièrement sur les résultats obtenus dans certaines formes gravissimes et surtout dans 3 cas de Purpura Fulminans ou syndrome de Waterhouse Friedrichsen.

Les 3 cas que nous avons observés sont survenus :

- l'un chez un nourrisson âgé de 1 an;
- les 2 autres chez des enfants âgés respectivement de 2 ans 1/2 et 6 ans.

Ces enfants se présentaient avec :

- un état de collapsus dramatique : pouls non perceptible, une tension artérielle imprenable;
- un état anxieux et agité aboutissant au coma en quelques heures;
- de larges taches purpuriques prenant rapidement une allure nécrotique et apparaissant sous nos yeux;
- enfin, une fièvre élevée avec une raideur méningée discrète.

Ces trois cas de Purpura Fulminans ont évolué vers la guérison grâce à la thérapeutique intraveineuse associant Pénicilline 5 à 7 millions par jour, hydrocortisone intraveineuse à très fortes doses 100 mg par jour et Adrénaline intraveineuse en perfusion 1 à 2 mg par jour.

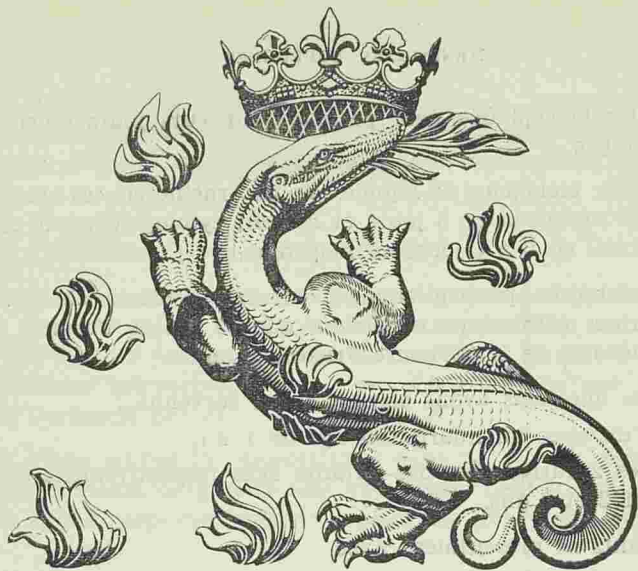
Par ailleurs, nous avons également traité 3 cas de méningo-coccémie aiguë avec état toxi-infectieux grave et signes cutanés : nous avons enregistré deux guérisons et un décès, décès survenu chez un enfant de 10 ans au 4^e jour de son hospitalisation sans qu'on ait pu le sortir de son coma.

Enfin, signalons que nous avons eu à traiter 24 nourrissons âgés de 40 jours à 2 ans et l'on connaît la gravité des méningites suppurées chez le nourrisson d'autant que la plupart de ces nourrissons présentaient des convulsions ou des signes encéphalitiques.

Sur ces 24 nourrissons nous avons eu 16 guérisons et 8 décès.

Nous n'avons observé comme incidents dus au traitement que 5 cas de stomatite, 2 cas d'éruption allergique et 2 cas de diarrhée survenue au décours du traitement.

Les complications ont été rares :



*Couronnement
de la corticothérapie anti-inflammatoire*

DÉCADRON

le mieux toléré des corticostéroïdes

(actif au quart de milligramme)



DELAGRANGE

flacon de **40** comprimés sécables à 0,5 mg
Remboursé à **90%** par la Sécurité Sociale - p. cl. 29

LABORATOIRES DELAGRANGE, 39, Bd de LATOUR-MAUBOURG · PARIS-7^e

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

— 1 cas de collapsus ventriculaire apparu brusquement au 8^e jour chez un enfant de 3 ans et ayant évolué vers la mort.

— 3 cas de méningo-encéphalite constituée dans les premiers jours qui ont suivi l'hospitalisation avec :

- apparition de convulsions, strabisme et coma dans 1 cas;
- apparition de mouvements choréo-athétosiques dans les 2 autres cas.

Ces 3 cas ont finalement évolué vers la guérison sans séquelles.

— Enfin signalons 1 cas de surdité constituée au décours de la maladie.

Nous ne relevons aucun cas de rechute, ni de cloisonnement; aucun cas de séquelles en dehors du cas de surdité déjà signalé.

Quant aux décès ils concernent :

1^o 8 nourrissons de moins de 2 ans : ces nourrissons étaient entrés à l'hôpital dans un état très grave avec signes encéphalitiques, coma, convulsions et même dans 3 cas avec paralysies ou des contractures au niveau des membres.

2^o 3 enfants de plus de 2 ans :

- + 1 enfant de 3 ans chez lequel l'évolution semblait se faire vers la guérison et qui brusquement a fait un collapsus ventriculaire le 8^e jour, rapidement fatal;
- 1 enfant de 3 ans, hypotrophique qui présentait une méningite avec pyocéphalie;
- enfin, 1 enfant de 10 ans entré en état de coma avec méningo-coccémie aiguë, décédé au 4^e jour.

EN CONCLUSION

Nous avons pensé utile de représenter ces observations pour montrer que l'utilisation de la Pénicillinothérapie intraveineuse et de la Corticothérapie :

- permet d'éviter les injections intrarachidiennes;
- donne une amélioration plus rapide du liquide céphalo-rachidien;
- écourte l'hospitalisation;
- et surtout elle s'impose formellement :
 - dans le traitement des formes comateuses et encéphalitiques;
 - dans le traitement des formes septicémiques;
 - dans le traitement des formes du nourrisson,

toutes formes dont elle a transformé le pronostic.

(Colloque sur la Cortisone).

SÉCURITÉ

pour l'alimentation infantile

La sécurité d'un lait
contrôlé et les avantages
d'un lait en poudre



NIDO DEMI-ÉCRÉMÉ SUCRÉ
NIDO ENTIER SUCRÉ
NIDO ENTIER NON SUCRÉ

SPECIFIC B 106

NIDO

**NESTLÉ**

Sopad, 18, Place Henri Bergson - Paris 8^e

Formes nerveuses de la néphrite aiguë de l'enfant ; à propos de trois observations

par les D^{rs} H. MAHERZI, B. HAMZA, R. BEN OSMAN et ZAOU1

Les accidents neurologiques de la glomérulo-néphrite aiguë de l'enfant souvent groupés sous le vocable « d'Encéphalopathies Néphritiques » sont des complications classiques de la maladie néphritique bien que rares et assez méconnues.

Mais très souvent ils ne se déclarent que tout à fait au début de la maladie et parfois même sont les seuls signes cliniques initiaux révélateurs de la glomérulonéphrite.

La constatation d'un tel syndrome neurologique si bruyant, si dramatique et si urgent à traiter, est souvent difficile à placer dans son vrai cadre étiologique.

La rareté de ces complications, la difficulté de leur diagnostic étiologique et l'obligation de l'institution d'une thérapeutique adéquate nous ont poussés à vous rapporter ces trois succinctes observations.

OBSERVATION N° 1

M'Hamed L..., âgé de 6 ans, examiné le 24-10-58, a présenté 8 jours auparavant une angine fébrile traitée par Bismuth rectal et gouttes nasales.

La veille au soir il a été pris brusquement de céphalées, vomissements, sa température était à 38°.

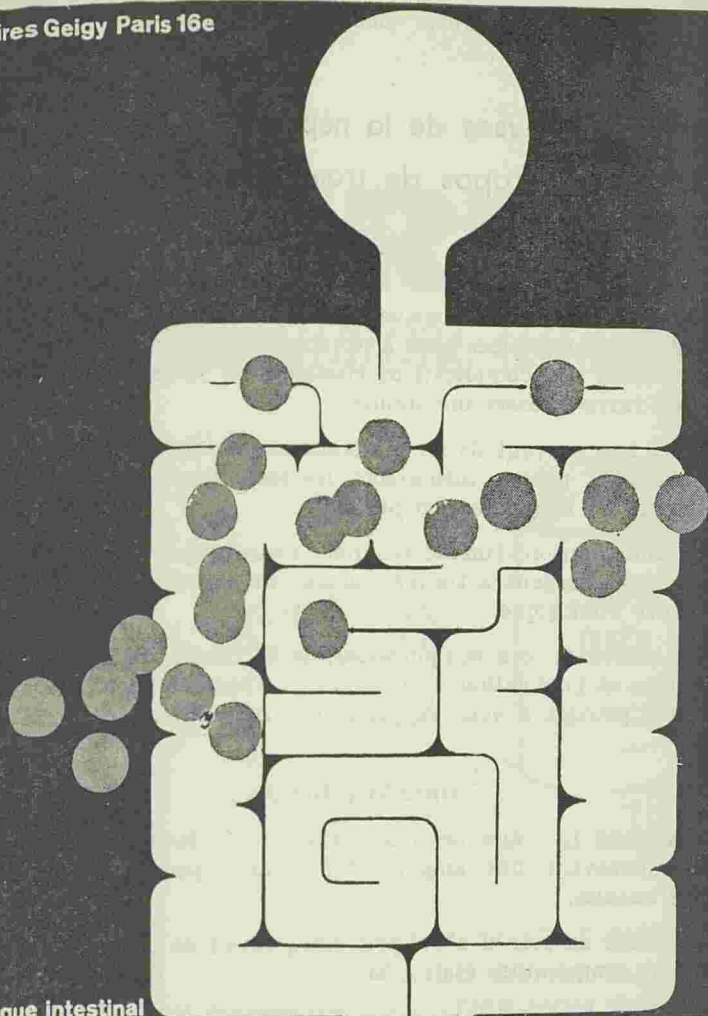
Le matin vers 3 heures se sont déclarées brusquement des convulsions généralisées qui n'ont nullement cédé au neuro-calcium buccal.

C'est le lendemain que nous avons examiné pour la première fois le malade :

— Il était frappé par une torpeur profonde, sa respiration était bruyante, le tout entrecoupé à plusieurs reprises par une agitation désordonnée où l'enfant à demi-réveillé se plaignait de céphalée atroce qui lui arrache des cris, délirait par la suite et retombait dans un coma profond. Ses yeux étaient à demi entr'ouverts, rouges, injectés et même un strabisme droit externe s'est institué : par ailleurs l'amaurose est totale et bilatérale; enfin sa température était à 38°5.

Au cours de l'examen il a présenté un mouvement oculaire rotatoire et brusquement, devant nous, éclate une crise convulsive généralisée qui s'est répétée d'ailleurs durant toute la journée (6 en 24

Laboratoires Geigy Paris 16e



Antiseptique Intestinal

Stérosan Dragées

Geigy

heures), prédominant tantôt d'un côté du corps, tantôt de l'autre, sans aucune localisation vraie; la crise a duré environ deux minutes, après quoi l'enfant tombe dans la torpeur, puis le coma profond : ainsi un véritable état de mal convulsif s'est institué.

A l'examen :

- Le cœur est rapide, ses bruits sont assourdis.
- Quelques râles sous-crépitaux sont disséminés aux deux champs pulmonaires.
- Le foie et la rate sont normaux.
- Mais on note l'absence totale d'œdèmes aux membres inférieurs si ce n'est une légère infiltration au niveau des paupières.

— Enfin la T. A. est de 15/10.

Nous avons pratiqué les examens suivants :

— Urée : 0,28.

- Urines : Albuminurie à 0,90 g;
Très nombreuses hématies;
Nombreux leucocytes;
Absence de cylindres granuleux;
Absence de germes.

— Un fond d'œil pratiqué d'urgence a montré un œdème papillaire bilatéral.

Le diagnostic de néphrite aiguë hypertensive avec manifestations neurologiques révélatrices est posé et le traitement suivant a été institué :

1° **Sulfate de Magnésie** : 1 ampoule intraveineuse matin et soir, soit 2 ampoules de 10 cc à 15 %.

Naturellement dose insuffisante, mais nous connaissons la nocivité des ions Mg et SO₄ qui sont déjà en excès dans le sang, particulièrement en cas d'insuffisance rénale avec oligurie.

2° **Largactil** : 1 ampoule intramusculaire d'emblée et 1/2 ampoule matin, midi et soir.

Théophilline : 0 g 50.

Pénicilline G : 1.000.000 u.

Phénergan : 1/2 ampoule intramusculaire trois fois par jour.

Gardéнал : 1 ampoule à 0,04 trois fois par jour.

Digitaline : 5 gouttes matin et soir.

Régime sec avec riz à la vapeur sans sel, bananes et pommes en compote, lait sans sel 1/4 de litre.

D'autre part, devant le résultat du F. O. nous avons hésité à faire une ponction lombaire.

Le lendemain matin, malgré ce traitement et une saignée de 100 cc, il n'y eut aucune amélioration, en particulier la T. A. est à 141/2/9 et l'état de mal convulsif persistait, nous l'avons cependant maintenu pendant 3 jours.

Le quatrième jour la température est montée à 39°, la céphalée persistait arrachant à l'enfant des cris, les crises convulsives n'ont pas disparu et se sont répétées à quatre reprises, la somnolence entrecoupée par l'agitation et le strabisme persistaient encore, en plus s'est constituée une constipation depuis quatre jours.

Nous avons reconsidéré le diagnostic et avons discuté celui d'encéphalite, de tumeur cérébrale, de méningite : mais nous avons maintenu notre premier diagnostic. En effet, un autre examen des urines a montré.

— Albuminurie à 1,05 gr.

— Présence de sang : nombreuses hématies, nombreux cylindres granuleux, nombreux leucocytes, absence de germe.

— L'urée est à 0,28 gr.

Et enfin, une ponction lombaire est pratiquée sur l'enfant couché et montre : un liquide clair très hypertendu, en jet, mais normal, avec :

— Albumine : 0,15.

— Élément : 0,6.

— Chlorures : 6,9.

— Glucose : légèrement augmentée, 1,10.

Fait remarquable, juste après la ponction lombaire, l'enfant qui avait auparavant une cécité totale et bilatérale depuis le début de sa maladie a pu discerner la lumière de l'obscurité.

Nous ajoutons au traitement de l'auréomycine 1,50 gr par jour et nous substituons au sulfate de magnésie l'association apressoline-résérpine (en imitant la méthode de Royer); ne disposant pas de forme injectable nous avons prescrit la forme buccale en comprimés :

— **Apressoline** : 1/4 de comprimé matin et soir (comprimé à 10 mg), soit 5 mg par jour; soit à peu près : 0,20 mg par kg de poids par jour.

— **Résérpine** : 1 comprimé le matin, 1 à midi, 1 le soir (comprimé à 1/4 mg), soit à peu près : 0,025 mg par kg de poids par jour.

Le lendemain, soit le cinquième jour, l'enfant après avoir passé une nuit calme, est devenu apyrétique, il a présenté pendant toute la journée deux crises convulsives seulement, il est devenu plus calme, répond à certaines questions et peut boire et manger. Sa T. A. est à 13/8, mais un autre F. O. a cependant montré un état stationnaire, à savoir : un œdème papillaire bilatéral persistant.

**Pas de résistance croisée
avec les autres antibiotiques**

cathomycine

novobiocine

INDICATIONS MAJEURES

- **Staphylococcies** graves ou banales, généralisées ou localisées.
- **Infections à pneumocoques, streptocoques, b. de Pfeiffer**
- **Brucellose**
- **Coqueluche**
- **Infections à proteus**

PRÉSENTATION

- **pour les adultes et les grands enfants:**
comprimés dosés à 250 mg de Novobiocine (sous forme de sel sodique).
Boîte de 12 comprimés.
- **pour les nourrissons, les enfants du premier âge et la seconde enfance.**
sirop dosé à 125 mg de Novobiocine (sous forme de sel calcique) par cuillerée à café.
Flacon de 120 cm³.

*posologie moyenne: 50 à 25 mg/ kilo par jour
suivant l'âge,
soit:*

pour le sirop:

- 1 cuillerée à café chez le nouveau-né
- 2 cuillerées à café à six mois
- 3 cuillerées à café à un an
- 4 cuillerées à café de deux à trois ans
- 4 à 6 cuillerées à café de quatre à sept ans
- 6 à 8 cuillerées à café de huit à dix ans

pour les comprimés:

- 4 à 6 chez les grands enfants
- 6 à 8 chez les adultes

THÉRAPLIX

98, RUE DE SÈVRES - PARIS VII^e - TÉL. SÉG. 13-10

ALGER : 100, Rue Michelet

TUNIS : 13, Avenue de Ghana

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

Les six jours suivants nous avons noté une nette amélioration de l'état général, la disparition définitive des crises convulsives, comme il acceptait de boire, nous lui avons donné tous ses médicaments par voie buccale sauf la pénicilline.

Mais l'amaurose persiste toujours ainsi que le strabisme, sauf la distinction entre l'obscurité et la lumière.

Ce n'est que le 3-11-1958, soit le onzième jour après le début du syndrome neurologique que de bon matin l'amaurose a disparu définitivement ainsi que le strabisme : l'enfant commence à voir nettement, à distinguer les objets qu'on lui présente et à reconnaître ses parents.

Il n'est plus agité, sa température est normale et sa T. A. est à 12/8.

Le même traitement (largactil, phénergan, réserpine, apressoline) est maintenu, mais nous substituons à la pénicilline quotidienne, l'extencilline 600.000 unités une fois par semaine durant deux semaines et le régime bien que très élargi dès lors est maintenu encore sans sel.

Malgré la disparition progressive de la cécité le F. O. n'est devenu définitivement normal que vers le 13-11-58, soit exactement 20 jours après le début de la maladie.

L'ophtalmologiste note : F. O. : disparition de l'œdème papillaire, papilles à bords nets, vascularisation normale.

La T. A. est tombée ce jour-là à 10/7.

L'examen des urines montre :

- Absence d'albumine.
- Assez nombreuses hématies.
- Assez nombreux leucocytes.
- Rares cellules.

Nous maintenons pendant encore 15 jours l'apressoline et la réserpine et nous prescrivons dès lors à titre préventif l'extencilline bi-pénicilline une fois tous les 21 jours que nous pensons continuer pendant un an.

Enfin, le 28-11-58 un dernier examen d'urines montre :

- Absence d'albumine.
- Rares cellules.
- Rares hématies.
- La T. A. est à 9/6.

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^{ie}
36, Rue Thiers — TUNIS

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 **leu cocytose**.
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

Et dès lors tout traitement est arrêté sauf l'extencilline bi-pénicilline, 1.200.000 unités tous les 21 jours, est maintenue jusqu'au 15-5-59.

OBSERVATION N° 2

Nejib, enfant âgé de 8 ans, est admis dans le service le 17-8-58 pour œdèmes, hépatomégalie, pâleur, dyspnée apparus depuis 3 jours.

A l'entrée la dyspnée de l'enfant était très accentuée et les œdèmes assez généralisés, localisés surtout aux membres inférieurs.

Son foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal.

Sa T. A. à 14/10.

L'urée à 0,40.

L'examen d'urines montre :

- Présence d'albumine.
- Nombreuses hématies.
- Nombreux leucocytes.
- Quelques cellules épithéliales.

Le soir-même de son admission dans le service, malgré un traitement habituel de cette néphrite il a présenté brutalement :

— Une dyspnée encore plus accusée avec de la mousse aux lèvres et particulièrement des troubles psychiques sévères avec cris, agitation extrême et l'enfant s'est même levé et a tenté de fuir du pavillon.

A l'examen rien de particulier si ce n'est une T. A. à 14/11, et de nombreux râles sous-crépitants dans les deux champs pulmonaires.

Il a été mis au sulfate de magnésie par voie intraveineuse, au gardénel, à la digitaline, à la pénicilline, et malgré cette thérapeutique, son agitation a persisté et nous a poussés à lui faire 1/2 cg de morphine et ouabaïne intraveineuse.

Une ponction lombaire lui a été faite qui a montré un liquide clair, très hypertendu, mais normal.

Le lendemain l'enfant, sous même traitement, est devenu plus calme, ses troubles psychiques ont disparu, mais sa T. A. est passée à 13 maxima et a commencé à baisser progressivement pour retourner vers la normale vers le quinzième jour où un dernier examen des urines a montré la disparition de l'albumine et la normalisation du culot urinaire sauf l'hématurie.



...comme

Vitamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

homologué et remboursé par la S.S.

OBSERVATION N° 3

Salah, âgé de 8 ans, a présenté le 2-11-58, de la céphalée, des vomissements puis brusquement des crises convulsives type Bravais Jacksonienne gauche, le tout sans fièvre et précédé quelques jours auparavant d'un épisode infectieux banal, étiqueté comme étant une grippe.

Le lendemain l'enfant est hospitalisé dans le service : il est pâle, apyrétique, à demi endormi, pris par une torpeur profonde, il présente une mydriase bilatérale et une hémiplégié gauche.

Son foie et la rate sont normaux.

Son cœur est rapide et présente un souffle systolique inorganique d'anémie.

Des examens complémentaires faits d'urgence ont montré :

- Une anémie à 2.000.000 de globules rouges;
14.000 globules blancs avec 72 % de polynucléaires.
- Une P. L. dont le liquide était hypertendu et normal a montré :
Eléments : 0,2;
Albumine : 0,15;
Glucose : 0,80.
- Une V. S. : 27/40.
- T. A. : 11/2/6.
- Urée : 0,73 gr.
- Urines : Albumine : 0,87.

Culot : nombreuses hématies;
nombreux cylindres granuleux;
nombreux leucocytes;
rares cellules épithéliales.

- Cuti positive, mais radio du thorax normale.
- Le fond d'œil a été demandé, mais pas fait.

Le diagnostic de néphrite aiguë est établi et l'enfant est mis à la pénicilline 1.000.000 u, rutine 3 comprimés, hépatrol, B 12, fer, gardénal.

L'enfant n'a plus refait depuis de convulsions et l'hémiplégié a regressé très vite et définitivement.

Il est maintenu à ce même traitement pendant 1 mois 1/2 au bout desquels l'urée est devenue normale ainsi que les urines et la T. A.

Sa V. S. s'est normalisée : 8/29.

* * *

A la lumière de ces trois observations, il serait intéressant de rete-

**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.

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

nir les quelques particularités suivantes de ces formes neurologiques de la glomérulo-néphrite aiguë de l'enfant, à savoir :

1° Chez l'enfant la glomérulo-néphrite aiguë peut débiter brusquement et se révéler uniquement :

— Soit par des signes psychiques tels que l'agitation, la carphologie, les cris, voire même des troubles du comportement tel dans notre deuxième observation où le malade s'est levé brusquement de son lit pour s'enfuir du pavillon.

— Soit par des signes neurologiques pouvant revêtir le type éclamptique ou celui d'épilepsie type Bravais Jacksonnien, ou celui d'hémiplégie brutale comme dans notre troisième observation, ou enfin celui d'un véritable état de mal convulsif pouvant durer longtemps jusqu'à 5 jours, comme nous l'avons vu dans notre première observation.

Le diagnostic de ces formes neurologiques et psychiques est souvent difficile, car vues au début, elles simulent de près une crise d'épilepsie banale, une encéphalite, une méningite, voire même une tumeur cérébrale dont le traitement est totalement différent; mais, note importante, en interrogeant bien les parents nous retrouvons souvent une notion d'angine apparue une semaine auparavant environ.

Aussi devant un tel tableau, la prise systématique de la T. A. semble s'imposer, elle est en fait la clé du diagnostic.

2° On admet actuellement que le déterminisme de ces complications encéphalitiques est presque toujours l'hypertension artérielle et les troubles vasculaires encéphaliques et non point une rétention hydrochorurée causant un œdème cérébral passager, d'autant que parfois, contrairement à ce que l'on voit classiquement, ces accidents neurologiques peuvent éclater en l'absence de tout œdème périphérique et avec une azotémie normale ou subnormale, comme nous l'avons vu dans notre première observation.

3° Impressionnants et très brutaux, ces accidents neurologiques peuvent être mortels, mais après l'institution rapide d'un traitement adéquat, ils guérissent d'ordinaire et disparaissent une fois l'hypertension artérielle abaissée, sans laisser aucune séquelle psychique ou neurologique, et l'évolution ultérieure de la néphrite causable va se poursuivre comme dans la forme commune.

Mais si l'amaurose bilatérale que l'on peut rencontrer au cours de ces accidents est classiquement transitoire et n'excède jamais 4 jours, sa durée ainsi que celle de l'œdème papillaire bilatérale qui lui est parfois associé, sont parfois fort longues, 11 à 20 jours, comme nous l'avons vu dans notre première observation.

4° La thérapeutique classique instituée d'urgence dans ces cas par le sulfate de magnésie, semble parfois insuffisante et la nouvelle association de 2 hypotenseurs, la réserpine et l'apressoline (méthode em-

pruntée à Royer), associés aux tranquillisants et aux antibiotiques et maintenus pendant longtemps semble avoir un effet beaucoup plus immédiat et plus efficace et peut être même moins dangereux : en effet nous connaissons le danger des ions SO_4 et magnésium qui sont en excès dans le sang dans les néphrites oliguriques ou anuriques et qui par là même peuvent, en les instituant, aggraver la maladie et la précipiter vers l'insuffisance rénale.

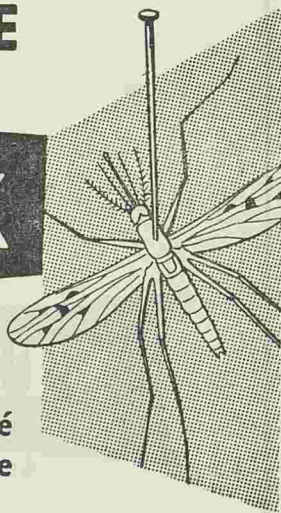
Nous avons actuellement élargi cette nouvelle thérapeutique hypotensive dans le service dans tous les cas de néphrites hypertensives même sans complications neurologiques.

5° Enfin, devant les rechutes ultérieures de telles complications si brutales, si impressionnantes et de pronostic parfois mortel, le problème de la prévention de la rechute de la néphrite causale semble s'imposer : l'origine streptococcique de ces glomérulo néphrites aiguës de l'enfant étant actuellement admis, nous pousse comme pour le rhumatisme articulaire aigu à préconiser l'institution d'un traitement mensuel de 1.200.000 unités de benzathine pénicilline durant la première année qui suit ces accidents comme l'ont préconisé certains auteurs.

(Séance du 12 Juin 1959).

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^{ter}, rue Saint-Didier, PARIS-16^e



SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

FIXATEUR DE PROTÉINES
sans action hormonale

Androstanolone-Base

PROTÉINA

COMPRIMÉS

Amaigrissement-Anorexie
Etats dépressifs
Sénescence



Syndrome prémenstruel
Troubles préménopausiques
Méno-métrorragies

AMPOULES-SUPPOSITOIRES

STÉNANDIOL

25

50

Androstènediol-Dipropionate

Androgène
NON VIRILISANT

23, RUE BALLU - PARIS IX^e

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

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

1933

1934

1935

1936

1937

1938

1939

1940

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

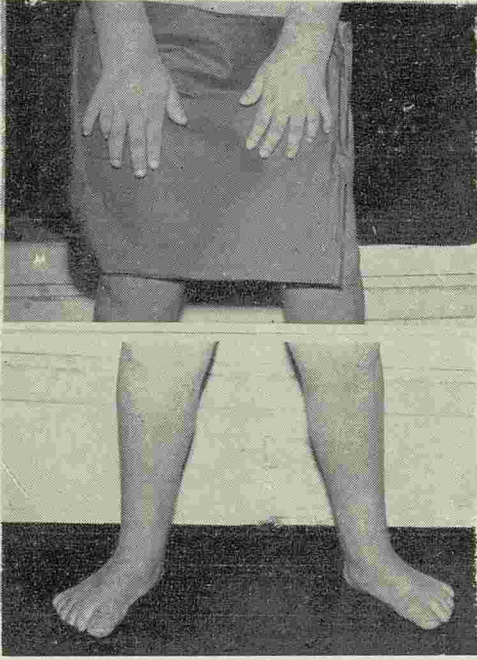
2021

2022

2023

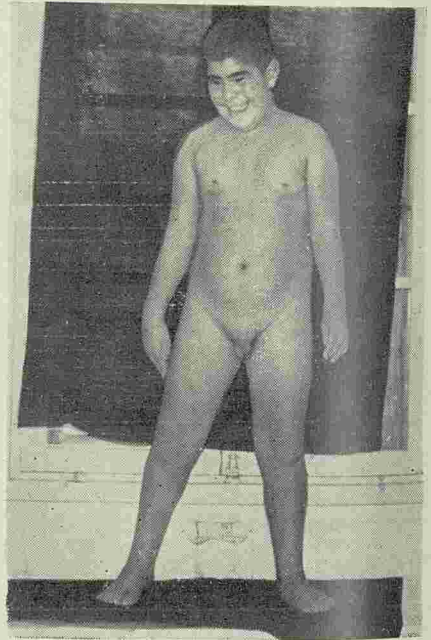
2024

2025



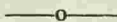
*A remarquer les six doigts aux
mains et aux pieds...*

*...l'obésité et l'atrophie des orga-
nes génitaux.*



Un cas de Syndrome de Laurence-Moon-Biedl-Bardet

par les D^{rs} B. HAMZA et S. Ben MESSAOUA



(Présentation de malade)

Il s'agit d'un garçon de 12 ans qui a été hospitalisé dans le service pour :

- 1° Une obésité qui rentre dans le cadre des obésités dystrophiques.
- 2° Un infantilisme génital.
- 3° Une polydactylie symétrique des mains et des pieds.
- 4° Une rétinite pigmentaire, qui est plutôt une dégénérescence héméralopique apigmentaire de la rétine avec une diminution très sensible de la vision.
- 5° Une arriération mentale.

Cet ensemble symptomatique qui se trouve au complet chez notre malade constitue le syndrome qui a été décrit par LAURENCE et MOON (1866) et complété par les recherches de BARDET (1920) et BIEDL (1922).

Etudions ces symptômes chez notre malade :

A) L'OBESITE

La taille de ce garçon est de 1 m, 47.

Son poids est de 57 kg, 400.

Les traits du visage sont grossiers, avec des pommettes saillantes, joufflues; les lèvres et les paupières ne sont pas épaissies.

Cette obésité est surtout tronculaire.

Le périmètre thoracique est de 87 cm, les seins sont hypertrophiés, formés de graisse.

Le panicule adipeux de l'abdomen est très développé, le tour de la taille est de 89 cm.

Les fesses et les cuisses sont également épaisses.

La peau de teint normal est fine et douce au toucher.

B) L'INSUFFISANCE GENITALE

L'atrophie des organes sexuels est frappante.

La verge ne mesure que 2 cm de long.

Les testicules sont noyés dans la graisse et assez difficiles à palper.

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2

SANDOSTENE

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

ANTI-ALLERGIQUE

ANTIPRURIGINEUX

DRAGÉES - SIROP

Laboratoires SANDOZ
6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

DEPOSITAIRE GENERAL :
O.S.P., 10, Rue Amilcar - TUNIS

Le testicule droit a la taille d'une noisette, à gauche celle d'un haricot.

A noter quelques poils pubiens très fins et une hyperpilosité de la lèvre supérieure.

C) LA POLYDACTYLIE

La main droite est formée de 6 doigts : le pouce gros et court, le 5^e et le 6^e doigt ont la même longueur. L'examen radiographique montre que le métacarpien du 5^e doigt est rudimentaire, il est triangulaire, court et libre. Le 6^e métacarpien est normal.

La main gauche est également formée de 6 doigts, mais ici le 5^e doigt dépasse le 6^e d'un demi cm environ. Le métacarpien du 5^e doigt plus court est soudé sur toute la hauteur de son corps au métacarpien du 6^e doigt.

Les 2 pieds ont chacun 6 orteils.

Le 1^{er} orteil est gros et court — symétriquement pour les 2 pieds — les métatarsiens des 5^e et 6^e orteils sont soudés dans leur moitié supérieure.

Ajoutons que la structure osseuse de tout le reste du squelette est normale.

D) L'EXAMEN VISUEL MONTRE

1° Une myopie : V.O.D. = 2/50; 3/10.

2° Un rétrécissement concentrique des 2 champs visuels. La vision se réduit à 10° du point central de fixation qui correspond à la macula.

3° Les F.O.D.G. montrent un œdème rétinien généralisé.

Examen des vaisseaux :

Les veines sont sensiblement normales.

Les artères sont généralement rétrécies, rigides, entourées d'une importante gaine blanchâtre.

La rétine présente l'aspect d'une rétine légèrement atrophique.

Il n'y a ni hémorragie, ni exsudats, ni lésions pigmentaires.

4° L'examen du vitrée montre l'existence d'un discret trouble du vitrée avec à l'œil droit un gros corps flottant.

En résumé, il s'agit d'une dégénérescence héméralopique apigmentaire de la rétine.

E) L'ARRIÉRATION MENTALE

Ce garçon est un débile mental. Son caractère est instable, parfois coléreux, mais le plus souvent il est calme. Il affiche parfois une niaiserie bruyante et tapageuse.

Il existe en lui une certaine viscosité de la parole et de la pensée. Il faut lui répéter plusieurs fois la même chose pour qu'il comprenne et essaye d'exécuter.

Le malade est « intoxiqué » dans son parler par des bouts de phrase qu'il répète plusieurs fois avant de reprendre le fil de ses idées.

Son quotient intellectuel est de 0,35 à 0,40.

Il n'y a pas d'astérogénésie.

L'examen du malade nous a révélé une atteinte des praxies corporelles élémentaires et constructives. (Il ne siffle pas, échec total de l'épreuve des marionnettes).

L'électro-encéphalogramme montre un tracé désorganisé évoquant l'immaturité corticale, et dépourvu actuellement de signe de souffrance cérébrale et de signes électriques d'épilepsie.

EXAMEN GENERAL

Les phanères ne sont pas altérées.

Les ongles sont de coloration et de consistance normales.

Les sourcils sont garnies; les cils et les cheveux sont normaux.

Les muqueuses ne présentent aucune anomalie, la langue est normale ainsi que les gencives, à noter toutefois une dysphonie de la voix qui est monotone.

La température oscille entre 36°6 et 37°4.

Notre malade ne présente pas de troubles respiratoire, digestif, cardio-vasculaires.

La tension artérielle est à 11/7, et l'électrocardiogramme est strictement normal.

La force musculaire est normale.

Les épreuves biologiques sont normales :

B. W. : négatif.

Glycémie : 1 g, 02.

17 cétostéroïdes : 8,54 mg par litre; 8,03 mg/24 h.

Cholestérol : 2 g, 03.

Lipides : 8 g.



Traitement de l'Obésité

Préludine[®]

Modérateur de l'appétit

Geigy

Laboratoires Geigy Paris 16

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

ETIOLOGIE

L'étiologie de ce syndrome reste obscure; plusieurs auteurs pensent néanmoins que ce syndrome est familial et se transmet sur le mode récessif (LAMY et coll., 1953).

Nous n'avons pas trouvé dans la famille, un autre membre atteint de ce syndrome.

En résumé, nous présentons un cas de syndrome de Laurence-Moon-Biedl-Bardet.

Bien que cette statistique soit ancienne, nous rappelons que WARKARAY (1937), rapporte seulement 24 cas complets sur 102 cas réunis dans la littérature.

(Séance du 20 février 1959).

LE LABORATOIRE DE **L'ARHEMAPECTINE**

PRESENTE :

un produit nouveau, concentré et vivant

LEVURE lyophilisée GALLIER

(Licence Sarechio)

- REEDUCATEUR DU TUBE DIGESTIF
- VECTEUR DU GROUPE VITAMINIQUE B
- AGENT FAVORISANT LA CICATRISATION
- AUXILIAIRE DANS LE TRAITEMENT DES DERMATOSES

Dose forte et dose faible : Boîte de 4 flacons à 0,50 et 0,20 g.
P. Classe 14 et 8 — Sécurité Sociale

Laboratoire R. GALLIER, 1 b, Place du Président Mithouard, PARIS-7^e
SPECIMEDHY, 37, Rue d'Isly, TUNIS

Arkébios - Basedowine - Daboïne - Kidargol - Kidoline - Kidophédrine
Gastro-Entéro-Pectine - Paraminan (dragées, ampoules, crème)
Paraminan-Salicylate de Sodium - Tot'Cobra

Un cas d'intoxication par le E-39

par les D^{rs} B. HAMZA et R. Ben OSMAN

L'observation que nous vous rapportons concerne un enfant de 7 ans, Mustapha J... suivi depuis 3 ans à l'hôpital Charles Nicolle, où il a fait plusieurs séjours pour adénopathies cervicales.

Ces adénopathies cervicales sont longtemps restées isolées; elles sont restées pendant plus de 2 ans 1/2 le seul signe de ce qui devait se révéler être par la suite une maladie de Hodgkin.

Le début de la maladie remonte au mois de juillet 1955, date à laquelle l'enfant présente une grosse adénopathie latéro-cervicale droite du volume d'une orange, de consistance molle, mobile, n'adhérant pas aux plans superficiels ni aux plans profonds.

Cette adénopathie était isolée : pas d'autres adénopathies périphériques, pas d'adénopathies médiastinales, pas de grosse rate.

La biopsie exérèse de l'adénopathie a montré des cellules réticulaires à noyaux monstrueux sur un fond granulomateux quelque peu bigarré, faisant penser, soit à une maladie de Hodgkin à son début, soit à une adénite sub-aiguë.

L'hémogramme ainsi que le myélogramme se révèlent normaux.

Enfin la cuti réaction est négative sans que l'on ait la notion d'une cuti antérieure.

En novembre 1955 réapparaissent de nouvelles adénopathies cervicales au niveau de l'exérèse antérieure et sous angulo-maxillaire du côté opposé; ces adénopathies restant toujours isolées : pas de ganglions profonds, pas de splénomégalie.

On pratique une nouvelle biopsie ganglionnaire qui ne se montre pas plus affirmative que la première.

On fait cependant subir à l'enfant 12 séances de Radiothérapie, ce qui a pour effet de faire fondre rapidement les ganglions.

En février 1956, une nouvelle poussée ganglionnaire cervicale, toujours isolée, est traitée par une cure d'A.C.T.H. et 9 séances de Radiothérapie avec régression rapide des adénopathies.

En novembre 1956, encore une nouvelle poussée ganglionnaire cervicale bilatérale, toujours isolée, l'enfant reçoit une cure de Δ Cortisone et 16 séances de Radiothérapie entraînant une régression assez lente des adénopathies.

Enfin, en février 1958, après une rémission de plus d'un an, l'en-

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES



★ *Athérosclérose*

★ *Coronarite*

★ *Séquelles d'infarctus*

★ *Sénescence*

★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ

(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

fant est amené avec une grosse adénopathie sous angulo-maxillaire gauche et cette fois avec une splénomégalie : rate débordant de 4 travers de doigt le rebord costal. Une radiographie thoracique montre d'importantes adénopathies médiastinales bilatérales.

Un hémogramme montre une anémie à :

- 2.600.000 globules rouges,
- 13.600 leucocytes,
- 48 % de polynucléaires neutrophyles,
- 23 % d'éosinophiles,
- 26 % de lymphocytes,
- 4 % de monocytes.

Enfin, la courbe thermique montre une fièvre rémittente et irrégulière.

Le diagnostic de maladie de Hodgkin ne fait plus de doute et on institue un traitement à base de Δ Cortisone, 30 mg par jour et Pénicilline (1 million), ainsi que la Radiothérapie, d'abord sur les ganglions médiastinaux, 15 séances en mars 1958, qui les font fondre rapidement, puis Radiothérapie sur la rate, 10 séances en juin 1958, qui ramène rapidement la rate sous les fausses côtes.

Après la Radiothérapie, tout en continuant le traitement par le Δ Cortisone associé à la Pénicilline, on met l'enfant le 19 juin au Diéthylène-Imine 2-5 dipropyloxy 3-6 benzoquinone ou E-39 par voie buccale à la dose de 10 mg par jour, soit 2 capsules.

Le 23 juillet 1958, soit 4 jours après le début de ce traitement, un hémogramme montre une leucopénie importante à 3.200 avec 51 % de polynucléaires.

On continue néanmoins le traitement par le E-39 et le 1^{er} juillet 1958, un nouvel hémogramme montre une leucopénie moins marquée à 4.600 globules blancs avec cependant 44 % de polynucléaires.

L'état général de l'enfant est bien conservé, la courbe de température est normale, les adénopathies médiastinales n'ont pas réapparu ainsi que le montre une radiographie thoracique, mais les adénopathies cervicales restent inchangées.

Le traitement au E-39 est toujours poursuivi jusqu'au 7 juillet 1958 au soir, date à laquelle l'enfant, qui allait bien jusque-là, présente un clocher fébrile à 40°.

L'enfant est alors examiné, on ne trouve aucune explication à sa fièvre : l'auscultation pulmonaire est normale, la radioscopie pulmonaire ne montre rien d'anormal.

On interrompt alors le traitement par le E-39 et on adjoint à la



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

Pénicilline à laquelle était déjà l'enfant, de l'Erythromycine, 0,80 gr par jour.

Mais le lendemain matin, le 8 juillet 1958, on a la surprise de trouver l'enfant en état de dyspnée très intense, polypnée avec cyanose, battement des ailes du nez, fièvre à 39°5, tachycardie.

A l'auscultation pulmonaire on note un très gros foyer de condensation de la base gauche avec matité, gros souffle tubaire et des râles crépitants, un foyer de la base droite avec des râles sous crépitants.

L'enfant rejette 2 crachats hémoptoïques légèrement spumeux.

A la radioscopie on constate une diminution de la transparence de toute la base gauche avec limitation de la courbe de l'hémidiaphragme gauche et enfin une opacité floue de la région parahilaire droite.

La ponction pleurale est blanche au niveau de la base gauche.

L'enfant présente un tableau de broncho-pneumonie sur-aiguë, d'apparition soudaine et d'emblée dramatique.

Le traitement institué d'urgence : oxygène, antibiotiques à doses massives par voie intraveineuse, tonicardiaques et corticothérapie est absolument sans effet et l'enfant décède vers 13 heures dans un tableau d'asphyxie : ce syndrome pulmonaire aigu aura duré en tout 7 à 8 heures avant d'aboutir à la mort.

Nous avons été surpris par l'apparition si soudaine de ce syndrome que rien ne laissait prévoir d'autant plus que le malade était sous couvert d'antibiotiques lors de son apparition : Pénicilline et Erythromycine.

D'autre part, le traitement mis en œuvre et que nous avons l'habitude de voir triompher des broncho-pneumonies graves a paru ici totalement inopérant.

Nous pensons que cette broncho-pneumonie est survenue chez un enfant à résistance générale diminuée par l'emploi du E-39, emploi qui a suivi, il faut le dire, des séances répétées de Radiothérapie et nous remarquons que cet enfant présentait par ailleurs une leucopénie assez marquée.

On sait que le E-39 s'est révélé très actif sur les tumeurs expérimentales, non seulement comme cytostatique, mais comme cytolytique, les cellules en mytose étant les premières atteintes.

Cependant l'inconvénient de cette thérapeutique consiste quelquefois en une baisse du chiffre des leucocytes, et des agranulocytoses ont même été récemment signalées notamment par SHWERT à Vienne et Dozio en Italie.

Par ailleurs, V. APLAS, dans une étude critique récente des cytostatiques, tout en reconnaissant leur efficacité surtout dans les manifestations hématologiques malignes, estime que leur emploi doit être réglementé et réservé aux cas pour lesquels les autres thérapeutiques dont on dispose apparaissent inefficaces et il cite à ce propos le cas d'un jeune homme traité par le E-39 pour une maladie de Hodgkin relativement peu évoluée et dont l'état de résistance générale baissa tellement après l'emploi du cytostatique qu'une pneumonie très sévère entraîna la mort en quelques jours.

Ce cas rapporté par APLAS se rapproche par son évolution de l'observation que nous avons rapportée.

Il faut cependant remarquer que les doses que nous avons administrées sont un peu fortes : 0,4 mg par kilog de poids alors que la dose théorique est de 0,2 mg par kilog.

Nous avons utilisé la voie buccale, voie qui tend actuellement à être abandonnée au profit de la voie intraveineuse.

EN CONCLUSION

Il semble que l'emploi du E-39 exige certaines précautions à ne pas négliger :

d'abord une posologie bien étudiée,

ensuite un contrôle répété des hémogrammes (ne pas hésiter à arrêter le traitement à la moindre leucopénie),

et enfin il faudra, si possible, éviter l'emploi simultané du E-39 et de la Radiothérapie.

Une vraie solution de Corticostéroïde...	ALLERGIE NASALE
Solucort	ASTHME (AEROSOLS)
<small>21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODODECIUM</small>	ALLERGIE OCULAIRE
LABORATOIRES	CHIBRET CLERMONT-FP • PARIS
	

IX^e CONGRES INTERNATIONAL DE PEDIATRIE

19-25 JUILLET 1959 — MONTREAL



Le IX^e Congrès International de Pédiatrie s'est tenu à Montréal du 19 au 25 juillet, dans les Salons du Queen Elisabeth, le plus moderne des hôtels de Montréal. Ce Congrès a réuni près de 2.000 pédiatres venus de tous les pays du monde, et qui, à cette occasion, dans une atmosphère de discussions amicales, ont eu des échanges de vue sur leurs découvertes scientifiques, et les récents développements de la pédiatrie.

Le programme scientifique a été organisé de manière à intéresser tous les congressistes de tous les pays. Des conférences sur les acquisitions récentes en hématologie, virologie, nutrition, psychiatrie et sur le métabolisme cellulaire ont été traitées par les grands maîtres de la pédiatrie.

Des progrès importants ont été réalisés dans le domaine de la virologie. Plus de six millions d'enfants ont déjà reçu le vaccin de SABIN, contre la poliomyélite — et sans aucun incident. La culture du virus de la rougeole, sur le rein de singe, va bientôt ouvrir une étude sur le moyen de prévention par vaccination.

Plusieurs séances ont été consacrées à la physiologie du nouveau-né, à l'infection néo-natale et péri-natale, aux maladies congénitales, et aux causes des encéphalopathies de l'enfance.

D'autres sujets ont été traités et discutés en « tables rondes ». La question du kwashiorkor a été de nouveau évoquée : certains ont exposé l'aspect local de la maladie, d'autres se sont étendus sur les aspects biologiques de cette affection, et particulièrement sur le métabolisme des acides aminés.

Soixante-quinze expositions scientifiques ont été attentivement visitées et suivies. Elles ont permis également un contact avec les exposants et des discussions fructueuses.

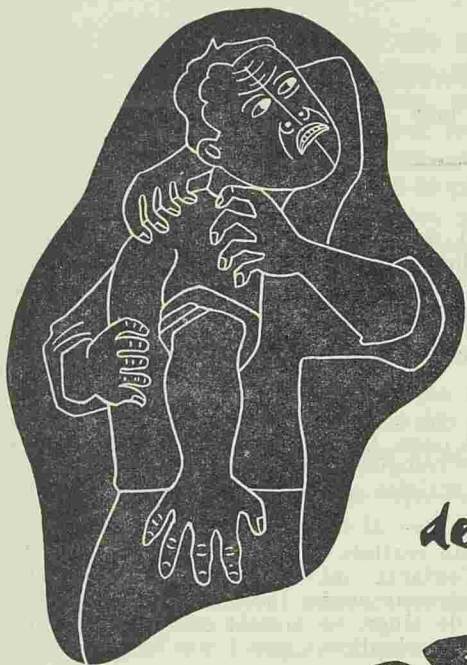
Des films scientifiques ont été projetés pendant toute la semaine du Congrès.

Le samedi 25 juillet eut lieu une réunion spéciale d'après-congrès sur l'éducation pédiatrique. Cette réunion était organisée par l'Association Internationale de Pédiatrie et l'Organisation Mondiale de la Santé.

Des visites des hôpitaux pour enfants ont été organisées, et nous ont permis de constater que Montréal, ville de 1.200.000 habitants, dispose de près de 2.000 lits pour enfants. L'architecture et l'équipement hospitalier sont des plus modernes.

Un « vin d'honneur » a clôturé le Congrès, et tous les participants se sont donné rendez-vous au prochain Congrès qui aura lieu en 1962 à Lisbonne (Portugal).

Docteur Béchir HAMZA.



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel
de
TRONOTHANE
Marque Déposée



l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**

44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47-77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres - TUNIS

INFORMATIONS.**XXXIX^e CONGRES D'HYGIENE**

—0—

Le XXXIX^e Congrès d'Hygiène organisé par la Société de Médecine Publique et le Génie Sanitaire aura lieu les 26, 27 et 28 octobre prochain à l'Institut Pasteur, sous la Présidence du D^r ROLLAND, membre du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique, vice-président du Comité National d'Education Sanitaire et Sociale.

L'ordre du jour du Congrès comportera l'étude des questions suivantes :

- I. — **Epidémiologie et prophylaxie des toxicoses infectieuses du nourrisson :**
Pr. BOYER et Dr BLANCHER (Paris).
- II. — **Hygiène préventive de l'athéro-sclérose :**
Pr. André LEMAIRE et Pr. Agrégé Jacques LOEPER (Paris).
- III. — **Education sanitaire de la population.**

Cette question fera l'objet de plusieurs rapports sur l'Education sanitaire en Métropole et dans les Etats de la Communauté et dans les départements et territoires d'Outre-Mer :

- Exposé Introductif — Données générales :
Pr. PARISOT (Nancy).
- Tendances et besoins de l'Education sanitaire :
Pr. DELORE (Lyon).
- Méthodes et moyens de l'Education sanitaire :
Dr ROLLAND et M. VIBOREL.
- Modalités pratiques de l'Education sanitaire :
Dr CAVAILLON (Cannes).
- Rôle du Ministère de la Santé Publique et de la Population dans l'organisation et le développement de l'Education sanitaire :
Dr CHARBONNEAU (Paris).
- Aspects particuliers de l'Education sanitaire dans les Etats de la Communauté et dans les départements et territoires d'Outre-Mer :
Dr AUJOULAT (Paris).
- La politique d'Education sanitaire en Afrique :
Dr DJESSOU-LOBO (Abidjan, Côte d'Ivoire).
- Education sanitaire en milieu urbain africain :
Pr. PÈNE et Dr SANKALÉ (Dakar).
- Education sanitaire en milieu rural africain :
Dr CONOMBO (Ouagadougou, Haute Volta).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire Général du Congrès, Docteur PETIT-MAIRE, 1, rue de Tilsitt, Paris-8^e.

≡≡≡ MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

CIOMS

Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales

—o—

L'ART DE FAIRE UNE COMMUNICATION :

Un docte professeur prétendait un jour que son seul but, lorsqu'il assistait à un Congrès, était de découvrir si le Dr X ou le Dr Y étaient vraiment aussi menteurs que leurs publications le lui laissaient supposer.

Le but de cette dissertation est d'aider le jeune Dr Z à faire bonne impression et à sortir victorieux de l'épreuve.

Clarté et brièveté sont la marque du bon orateur, qu'il prenne la parole à la fin d'un banquet ou, plus austèrement, au cours d'une réunion scientifique internationale.

Quand le moment est venu pour vous de monter à la tribune, n'y courez pas, ne trébuchez pas sur les marches, prenez garde au fil électrique qui peut se trouver, par hasard, sous vos pas, ne faites pas tomber la boîte de craie ou la baguette du tableau noir, ne retournez pas en courant chercher vos lunettes, Ne marmottez pas : rappelez-vous que vous avez affaire à un auditoire international et que bon nombre de vos collègues, dont la langue maternelle n'est ni la vôtre, ni l'une des langues officielles du service d'interprétation, auront du mal à vous suivre.

Parlez dans le microphone. Il y en a un placé devant vous quand vous êtes face à l'auditoire; un deuxième, qui sera peut-être attaché à votre revers, recueillera vos paroles lorsque vous vous tournerez vers l'écran de projection. Si vous écrivez sur le tableau noir, ne parlez pas en même temps, vous auriez du mal à vous faire entendre, ne baissez pas la voix à la fin des phrases, vos paroles seraient perdues pour tous, y compris les interprètes.

Ne faites pas étalage de vos connaissances linguistiques, employez votre langue maternelle si elle fait partie des langues officielles adoptées pour le service d'interprétation.

Voilà pour la clarté. Venons-en maintenant à la brièveté, qualité beaucoup plus rare et qui exige de l'orateur une stricte discipline. Il est difficile de savoir s'arrêter. Vous pouvez rester en deçà de votre temps de parole, mais en aucun cas vous ne devez le dépasser, ce serait manquer à la courtoisie la plus élémentaire. Ne vous contentez pas de préparer des notes à consulter. Ecrivez votre communication ou dictez-la à votre secrétaire. Il est probable que votre communication orale sera différente du papier que vous aurez remis avant la réunion. Rappelez-vous que vous devez parler plus lentement que vous ne le feriez dans votre propre pays. Cent mots à la minute est un débit raisonnable. Donc, si votre temps de parole est de trente minutes, ne préparez pas une communication de cinq mille mots. Vous n'arriveriez pas à tout dire. Le sprint final manquerait de dignité, vos paroles seraient inintelligibles et intraduisibles. Lorsque vous chronométrez votre communication tenez compte du temps nécessaire pour la projection de vos clichés. Le passage d'un cliché correspond à cinquante mots environ. Si vous êtes professeur et si vous voulez que vos élèves vous fassent honneur, faites-leur répéter leurs rôles.

MAISON
DE REPOS

TICS

SPASMES

ANXIÉTÉ

ANGOISSE

INSOMNIE

ÉMOTIVITÉ

DÉSÉQUILIBRE
DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTA

*ils sont tous
justiciables de*

SYMPATHYL

Comprimés : 3 à 8 par jour

Gouttes : 20 gouttes = 1 comprimé

Un dernier conseil : apportez autant de copies de votre communication que le Congrès comporte de langues officielles. Vous les remettrez aux interprètes une demi-heure avant la réunion. Si vous pouvez jeter un coup d'œil avec eux sur les mots techniques, vous faciliterez leur tâche et vous serez mieux compris.

LES CLICHES :

N'oubliez pas de les emporter ou ne vous trompez pas de clichés.

Remettez vos clichés au projectionniste au moment voulu — c'est-à-dire, remettez-lui les bons clichés, en bon ordre et dans le bon sens; sinon il est plus probable qu'ils apparaîtront au mauvais moment et à l'envers. Vous vous inquiétez, le projectionniste s'énervera, l'auditoire s'impatientera et malgré les conseils que vous prodiguera une demi-douzaine de vos collègues, quand le bon cliché apparaîtra enfin ce sera la tête en bas.

Passez un peu de temps la veille à confronter vos clichés et votre texte. Indiquez clairement sur ce dernier à quels endroits les clichés doivent être projetés. Au cours de votre exposé oral, indiquez au projectionniste le moment où il doit passer un cliché et celui où il doit rallumer. Pour cela vous devrez apprendre par cœur quelques mots de la langue du pays qui vous reçoit : « cliché », « suivant », « lumière » et « s'il vous plaît ». Vous ne pouvez pas exiger que le technicien soit polyglotte !

Maintenant il nous faut reconnaître que même les plus habiles ne savent pas toujours faire un bon cliché.

Un bon cliché doit frapper par sa simplicité et pouvoir se passer de légende.

Un cliché ne doit illustrer qu'une idée à la fois. Tout enchaînement doit comporter autant de clichés que d'idées. Dans votre papier ces matériaux peuvent être rassemblés en un tableau général.

Chaque cliché doit rarement compter plus de vingt mots ou chiffres. Il est préférable d'avoir cinq clichés de vingt mots chacun qu'un seul cliché comportant une centaine de mots. Tout cliché couvert d'hiéroglyphes ne sert qu'à obscurcir le point qu'il devait illustrer.

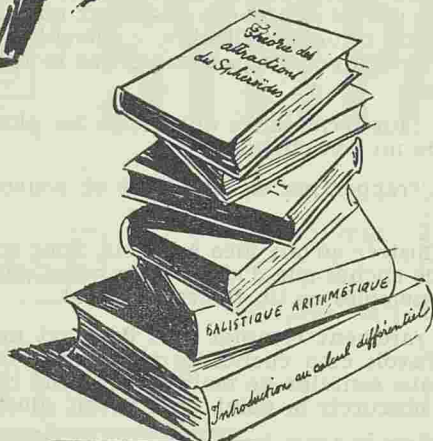
Voilà pour les tableaux et leurs textes. En ce qui concerne les graphiques, deux courbes, au maximum trois, par cliché, suffisent amplement. Un cliché ne doit pas consister en un enchevêtrement de courbes illustrant des phénomènes qui n'ont pas de rapports directs entre eux. L'abscisse et l'ordonnée doivent être clairement indiquées afin qu'on puisse les lire sans se tordre le cou. Des jumelles de théâtre ne devraient pas être nécessaires pour déchiffrer ce qui est sur l'écran.

Les clichés sont souvent trop gris, tâchés et même flous. L'auditoire s'en plaint, le projectionniste remet en vain son appareil au point, cela fait perdre du temps et laisse une impression de négligence.

Un cliché doit être lisible du fond de la salle; pour cela il faut qu'il soit composé en gros caractères. Si le cliché est fait à partir d'un texte dactylographié, les caractères doivent être aussi rapprochés que possible afin qu'une fois agrandi ce texte couvre toute la surface du cliché.

Si l'on dispose d'un bon laboratoire photo, l'emploi de lignes de couleur sur fond noir présente certains avantages pour la rapidité de

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

la présentation, mais ces clichés — comme tous les clichés en couleur — nécessitent un projecteur très puissant et l'obscurité complète. De plus, un certain nombre de couleurs, le violet par exemple, ne sortent jamais bien.

Enfin, ne choisissez pas pour vos clichés un format hors série. Il existe déjà trois formats courants. C'est là, à coup sûr, un domaine où le besoin de coopération internationale et de standardisation se fait sentir. Espérons qu'il sera satisfait dans un avenir pas trop éloigné.

L'OMS NOUS COMMUNIQUE :

Le Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé prie le CIOMS d'attirer l'attention de ses membres sur les articles de la nouvelle convention de l'Union Postale Universelle (UPU) qui sont susceptibles de les intéresser. Ces articles concernent le transport international par poste de matières biologiques périssables consistant en micro-organismes pathogènes vivants ou en virus pathogènes. La décision de l'UPU relative au transport de ces matières a été prise sur l'avis de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Article 49, paragraphe 3 :

Les matières biologiques périssables emballées et étiquetées dans les conditions stipulées par le Règlement sont soumises au tarif général des lettres et ne peuvent être échangées qu'entre laboratoires qualifiés officiellement reconnus. Cet échange est, en outre, limité aux relations entre les pays qui se sont déclarés d'accord pour accepter ces envois, soit dans leurs relations réciproques, soit dans un seul sens.

Article 130, paragraphe 2 :

Les lettres contenant des matières biologiques périssables sont soumises aux règles spéciales de conditionnement ci-après :

a) Les matières biologiques périssables consistant en micro-organismes pathogènes vivants ou en virus pathogènes vivants doivent être insérés dans un flacon ou un tube en verre épais, bien bouché, ou dans une ampoule scellée. Le récipient doit être imperméable et hermétiquement fermé. Il doit être entouré d'un tissu épais et absorbant (ouate hydrophile, molleton ou flanelle de coton) enroulé plusieurs fois autour du flacon et lié tant au-dessus qu'au-dessous de celui-ci, de façon à former une sorte de fuseau. Le récipient ainsi enveloppé doit être placé dans un étui métallique solide et bien fermé. La substance absorbante placée entre le récipient interne et l'étui métallique doit être en quantité suffisante pour absorber en cas de bris tout le liquide contenu ou susceptible de se former dans le récipient interne. L'étui métallique doit être confectonné et fermé de façon à rendre impossible toute contamination à l'extérieur de l'étui; celui-ci doit être enveloppé de coton ou de matière spongieuse et enfermé à son tour dans une boîte protectrice de façon à éviter tout déplacement. Ce récipient protecteur externe doit consister en un bloc creux en bois solide, ou en métal ou bien être d'une matière et d'une construction d'une solidité équivalente, et pourvu d'un couvercle bien ajusté et fixé de manière qu'il ne puisse s'ouvrir en cours de transport. Des dispositions particulières, telles que dessiccation sous congélation et emballage de glace, doivent être prises pour assurer la conservation des matières sensibles aux températures élevées. Le transport par la voie aérienne, qui comporte des changements de pression atmosphérique, exige que les emballages soient assez solides

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais

traitement
NOUVEAU



COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL

INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÈGLES DOULOUREUSES



ACTION IMMÉDIATE

Phenacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac Acétyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P.H.R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

pour résister à ces variations de pression. Par ailleurs, la boîte externe (ainsi que l'emballage extérieur, s'il y a lieu) doit être munie, du côté qui porte les adresses du laboratoire expéditeur et du laboratoire de destination officiellement reconnus, d'une étiquette de couleur violette portant un symbole particulier ainsi que les mentions suivantes : « Cette étiquette ne peut être utilisée que par les laboratoires officiellement reconnus » — « Matières biologiques périssables (à usage médical) » — « Dangereux ! Ne pas ouvrir pendant le transport » — « Sans valeur commerciale » — « Emballé selon les règles postales internationales de sécurité ».

b) Les matières biologiques périssables qui ne contiennent ni micro-organismes pathogènes vivants, ni virus pathogènes vivants doivent être emballées à l'intérieur d'un récipient imperméable interne, d'un récipient protecteur externe, d'une substance absorbante placée, soit dans le récipient interne, soit entre les récipients interne et externe; cette substance doit être en quantité suffisante pour absorber en cas de bris tout le liquide contenu ou susceptible de se former dans le récipient interne. Par ailleurs, le contenu des récipients tant interne que externe doit être emballé de façon à éviter tout déplacement. Des dispositions particulières, telles que dessiccation sous congélation et emballage de glace, doivent être prises pour assurer la conservation des matières sensibles aux températures élevées. Le transport par la voie aérienne, qui comporte des changements de pression atmosphérique, exige que, si le matériel est conditionné en ampoules scellées ou en bouteilles bien bouchées, ces récipients soient assez solides pour résister aux variations de pression. Le récipient externe, ainsi que l'emballage extérieur de l'envoi, doivent être munis, du côté qui porte les adresses du laboratoire expéditeur et du laboratoire de destination, d'une étiquette de couleur violette portant un symbole particulier ainsi que les mentions suivantes : « Matières biologiques périssables (à usage médical) » — « Ne pas ouvrir pendant le transport » — « Sans valeur commerciale » — « Emballé selon les règles postales internationales de sécurité ».

L'OMS envisage de fournir un stock d'étiquettes au Bureau International de l'UPU à Berne où les administrations postales nationales pourront aussi acheter des étiquettes à l'OMB, par paquets de 100.

NECROLOGIE.

Professeur Léon Guérin-Lajoie,

Président de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

Le Président de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, le Professeur Léon GUÉRIN-LAJOIE, est décédé à Montréal (Canada), le 15 février 1959 après une brève maladie.

La Fédération Internationale perd en M. GUÉRIN-LAJOIE un de ses plus fidèles amis, puisque c'est grâce à sa collaboration avec quelques-uns de ses collègues que la Fédération est née.

Nommé coordinateur des activités en faveur de la création de la F.I.G.O. en 1950, M. GUÉRIN-LAJOIE a fait partie du Bureau de la Fédération Internationale dès sa constitution et la dernière Assemblée Générale l'a nommé Président. Il a pris une part active aux multiples activités de la jeune Fédération.

Le décès prématuré de cet homme de cœur et de grande valeur est une grande perte pour la profession médicale tout entière. Que son pays trouve ici l'expression de toute la sympathie du C.I.O.M.S.

PUBLICATIONS DU CIOMS :

« **Abnormal Haemoglobins** », publié sous la direction de J.H.P. JONXIS, 420 p. Illus. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1959.

« **Methods of Geographical Pathology** » préparé par R. DOLL, 72 p. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1959.

A paraître :

« **Oxygen Supply to the Fœtus** », publié sous la direction de J. WALKER. Oxford : Blackwell Scientific Publications.

« **The Biochemical Response to Injury** », publié sous la direction de H. B. STONER. Oxford : Blackwell Scientific Publications.

« **The Transparency of the Cornea** », publié sous la direction de Sir Stewart DUKE-ELDER. Oxford : Blackwell Scientific Publications.

— 0 —

**DORMIR ET TRAVAILLER
AU MILIEU DES BRUITS**

Boules QUIES

**EVITER LES OTITES
EN NAGEANT**

Laboratoires " QUIES " 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV

TUNISIE — O. S. P. : 10, Rue Amilcar — TUNIS
ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL

Imp. BASCONE & MUSCAT — TUNIS
Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A. FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture : }
Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI.

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et Dr A. KHALFAT.

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

INTERTRIGOS - HYPERIDROSE

HYGIÈNE DES NOURRISSONS

Exofène Talc

premier talc thérapeutique micronisé *

à 0,25% de 2,2' dihydroxy-3,5,6,3',5',6'-hexachloro diphenylméthane



* La micronisation multiplie par 30 le pouvoir couvrant et absorbant

Autres formes : **EXOFÈNE** Pommade, Pâte à l'eau, Solution



LABORATOIRES MIDY - 67, AV^E DE WAGRAM - PARIS-17

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

SOMMAIRE



<i>La prophylaxie du diabète. Ses bases. Sa réalisation,</i> par Jean VAGUE, Professeur de Clinique Endocrinologique à la Faculté de Médecine de Marseille	451
<i>Evolution et traitement de la ménopause,</i> par Jean VAGUE, Professeur de Clinique Endocrinologique à la Faculté de Médecine de Marseille	465
<i>Surrénalectomie bilatérale totale chez un artéritique,</i> par Saïd MESTIRI, Maurice COHEN, Monique MULOT	483
<i>Essais thérapeutiques du R 1132 dans les diarrhées,</i> par Maurice COHEN (Vichy)	491
<i>Société Tunisienne des Sciences Médicales</i>	495
<i>Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française</i>	497
<i>Livres reçus</i>	499
<i>Informations</i>	501



MATERNA...

- ▶ **SPÉCIAL** POUR NOUVEAU-NÉS.
- ▶ **NORMAL** POUR NOURRISSONS.
- ▶ **COMPLÉT** NON SUCRÉ.

...l'alimentation idéale des premiers mois de la vie !



LAITS MÉDICAUX MATERNA - 12, rue du Bouquet-de-Longchamp - PARIS (16^e)

TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

La prophylaxie du diabète Ses bases — Sa réalisation⁽¹⁾

par Jean VAGUE,
Professeur de Clinique Endocrinologique
à la Faculté de Médecine de Marseille.

—o—

Soulager un malade, le guérir, c'est assurément le but essentiel de la médecine, l'objet de ses progrès incessants au cours de notre époque. Supprimer une maladie, faire que la rage, la variole soient devenues des affections exceptionnelles, que le paludisme ait complètement disparu de certaines régions où il sévissait, que l'infection puerpérale, les infections post-natales ne réclament presque plus leur dîme cruelle d'autrefois, c'est là plus encore la vraie médecine, pièce fondamentale de la civilisation, c'est-à-dire du progrès de l'homme.

Pour réaliser la prophylaxie d'une maladie il faut à la fois en connaître suffisamment le mécanisme et posséder des moyens d'action contre ce dernier. Or, c'est à ce stade qu'en sont nos connaissances et nos possibilités en ce qui concerne le diabète. Si l'on rappelle que cette maladie atteint près de 2 % de la population des pays occidentaux, qu'elle engendre des complications graves, causes d'infirmités et de mort prématurée, il est inutile de justifier davantage l'intérêt de sa prophylaxie sur le plan individuel et social.

Les causes du diabète sont héréditaires et acquises. Il nous faut d'abord les rechercher pour les connaître et les combattre.

I. — LE CAPITAL PANCREATIQUE,

FACTEUR DE CONSTITUTION ET D'ÉVOLUTION DU DIABÈTE.

Que le diabète soit soumis à un déterminisme héréditaire contre lequel nous ne disposons que de mesures eugéniques le plus souvent impraticables en raison de la fréquence de la tare, c'est l'évidence même. Que cette tare soit sans doute multiple, portant sur un ou plusieurs groupes de gènes et qu'elle soit plutôt soumise à la transmission récessive, semble résulter de la plupart des travaux sur la question. Si cette transmission est encore mal connue, on peut toutefois dès maintenant y opposer deux mécanismes bien distincts. L'un, à son tour dissociable, comprend les prédispositions aux maladies qui provoquent le diabète par les lésions pancréatiques dont elles sont la cause directe ou indirecte. Telles sont les prédispositions héréditaires à l'obésité androïde, à l'hémochromatose et très accessoirement à la

(1) Conférence du 13 avril 1959 à la Maison des Associations Culturelles.

lithiase biliaire. Parmi ces affections, l'hémochromatose échappe presque entièrement à notre prophylaxie. Mais l'obésité androïde pourrait s'y soumettre complètement.

Le deuxième mécanisme, sans doute moins dissociable, réside dans le degré de fragilité du pancréas devant les facteurs de diabète, degrés qui font que les sujets sont inégaux devant les influences diabétogènes égales de la même obésité androïde, de la même hémochromatose ou encore de la même lithiase biliaire. Ce capital pancréatique héréditaire sera, comme tout héritage, bien ou mal géré par son titulaire.

Nous devons en premier lieu l'évaluer. Si cette mesure est impossible à pratiquer d'une manière précise et sans appel, le nombre des diabétiques dans la famille, plus spécialement de diabètes maigres et juvéniles qui traduisent une fragilité plus grande, ainsi que le degré de consanguinité éventuelle en donnent une approximation utilisable. Sans doute, en raison des lois de l'hérédité récessive, risque-t-on ainsi de préjuger à tort d'un capital pancréatique héréditaire déficient chez un sujet dont ce capital est intact et, à l'opposé de méconnaître un pancréas fragile chez un sujet dans la famille duquel ni diabète, ni consanguinité n'ont été mis en évidence. Au demeurant, la suspicion d'une fragilité pancréatique ne préjuge en rien du degré de cette fragilité. Ces deux notions généalogiques sont cependant très utiles dans une prophylaxie efficace de la majorité des diabètes en incitant à surveiller d'autant plus l'évolution du capital pancréatique qu'il paraît plus fragile. Le but de la prophylaxie est d'obtenir le meilleur rendement de ce capital, d'éviter l'épuisement auquel il est plus ou moins prédisposé, et dont l'épreuve d'hyperglycémie provoquée, périodiquement pratiquée, est le meilleur témoin.

Sur le plan pratique, les règles de prophylaxie qui découlent de ces notions devraient pouvoir être utilisées largement et efficacement. Mais on n'y parviendra que le jour où un livret sanitaire de famille, obligatoire et bien tenu, comportera des renseignements précis et complets sur les maladies de la famille jusqu'au troisième degré de parenté. La fréquence du diabète et celle encore plus grande (environ 20 % de la population) des prédispositions héréditaires à la maladie, interdisent le plus souvent, comme nous venons de le voir, l'application de mesures eugéniques. On doit cependant, à notre avis, en laissant à chacun et à sa conscience le choix de sa décision, déconseiller le mariage et surtout la procréation entre diabétiques, les enfants d'un tel couple ayant une chance sur deux d'être diabétiques à leur tour. Mais la connaissance précise par les intéressés, leur famille et leur médecin de leurs antécédents diabétiques familiaux servira surtout de base à la prise des précautions nécessaires pour éviter autant que possible les manifestations de la tare diabétogène et susciter une surveillance régulière par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée.



DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
— PAR VOIE ORALE —
BACTÉRICIDE

Entobex

UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

C I B A

Les facteurs acquis de diabète que nous allons envisager maintenant devront être d'autant plus recherchés et combattus que la fragilité héréditaire du pancréas paraîtra plus grande.

II. — LES CAUSES DU DIABÈTE A CONNAITRE, A EVITER OU A COMBATTRE.

Mais avant de passer en revue les causes du diabète qui ne sont pas douteuses, nous devons rappeler qu'une fois sur dix après 40 ans, une fois sur deux entre 20 et 40 et dans la quasi-totalité des cas avant 20 ans, la cause du diabète reste inconnue en dehors des prédispositions héréditaires. Un des facteurs étiologiques qui paraissent les moins douteux est alors la poussée de croissance au cours de laquelle on peut voir chez les jeunes débiter la maladie.

Ces cas, à savoir la totalité des diabètes infantiles et juvéniles et une partie rapidement décroissante avec l'âge des diabètes de l'adulte, vont-ils échapper entièrement à la prophylaxie ? Non, car si leur début est apparemment rapide et souvent brutal, ils sont fréquemment précédés d'une période de latence au cours de laquelle ils peuvent être dépistés par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. La pratique régulière de cette dernière chez les sujets menacés par leur hérédité peut donc dépister un prédiabète et justifier un régime pauvre en glucides qui, dans certains cas, sera capable d'éviter l'épuisement du pancréas. Il n'est pas interdit d'espérer que l'insuline, au stade d'hyperglycémie permanente qui n'a pas encore dépassé le seuil rénal, sera capable de retarder, peut-être d'éviter, la faillite complète du pancréas.

Fort heureusement, ces cas de diabète cryptogénétiques ne sont pas les seuls, et le sont de moins en moins avec l'âge. Si nous négligeons quelques cas rares : diabète par tumeur hypophysaire ou surrénale, par lésions nerveuses, les causes connues se répartissent en trois catégories :

1° Les pancréatites.

Elles sont de trois ordres :

a) Les pancréatites virales ou bactériennes secondaires à une maladie spécifique. C'est le mérite de PAVEL d'avoir montré la fréquence des pancréatites au cours des oreillons, de l'ictère épidémique, de la pneumonie, de la scarlatine. Ces « infections pancréatotropes » provoquent d'autant plus facilement le diabète, d'après l'expérience de l'éminent diabétologue de Bucarest, que le sujet a reçu pendant leur période aiguë, et davantage encore lors de leur convalescence, une alimentation plus abondante et riche en glucides. Nous avons constaté personnellement que l'hérédité diabétique était plus fréquente en pareil cas qu'elle ne le paraît dans les enquêtes de PAVEL. Quoi qu'il en soit, et même si l'hérédité joue un rôle prédisposant en fragilisant les cel-

lules des flots, comme nous le croyons, les faits avancés par PAVEL méritent d'être retenus et appliqués dans le régime des convalescents de ces infections.

b) Les pancréatites chroniques satellites de la lithiase biliaire. D'après notre expérience, elles ne provoquent guère de diabète qu'en association avec l'obésité androïde, l'hémochromatose ou une hérédité diabétique nette. C'est une raison pour les traiter énergiquement chez les sujets qui entrent dans ces catégories. Le traitement préventif et souvent curatif des pancréatites satellites de la lithiase biliaire étant le traitement diététique ou chirurgical de cette lithiase, on devra y recourir avec plus d'attention chez les sujets déjà menacés par ailleurs de diabète.

c) Les pancréatites chroniques primitives, notamment la pancréatite calcifiante alcoolique, appellent à peu près les mêmes considérations. Leur traitement est plus difficile. Toutefois, les diverses interventions chirurgicales proposées aujourd'hui donnent souvent des résultats précieux. C'est ici que la réduction de l'apport glucidique peut éviter aux flots leur déchéance.

2° L'hémochromatose.

Le mécanisme héréditaire de sa transmission n'est pas encore entièrement élucidé. La plus admise aujourd'hui est la transmission récessive, les hétérozygotes n'ayant que des altérations de la sidérémie, les homozygotes présentant des manifestations cliniques.

Pour ce qui est du diabète, il est du reste possible de concevoir l'association à l'hémochromatose hétérozygote et infra-clinique ou homozygote et pathogène, d'une fragilité pancréatique héréditaire qui favorise l'apparition du diabète. On relève en effet dans les familles d'hémochromatose des sujets atteints d'une forme plus ou moins complète de la maladie chez lesquels le pancréas a plus ou moins résisté pour des raisons peut-être génétiques.

Quoi qu'il en soit, l'hémochromatose impose des mesures prophylactiques dont l'essentiel réside en 4 points :

a) Déconseiller la procréation à tout sujet atteint d'hémochromatose majeure. Mais c'est généralement trop tard quand l'hémochromatose s'est manifestée.

b) Déconseiller l'union ou tout au moins l'union féconde d'un descendant de sujet atteint d'hémochromatose avec un sujet rentrant dans la même catégorie.

c) Surveiller, d'une part la sidérémie et les épreuves de surcharge ferrique, de l'autre la glycémie et l'hyperglycémie provoquée chez tous les sujets qui risquent d'être porteurs de la tare.

en corticothérapie



DÉRIVÉ CORTISONIQUE NON FLUORÉ

présente le coefficient thérapeutique le plus élevé

(marge de sécurité maximum
entre effets anti-inflammatoires
et effets secondaires)

400.2

LABORATOIRES **Upjohn** 63, BD HAUSSMANN • PARIS 8 • ANJ. 46-30

BOITE DE 30 COMPRIMÉS SÉCABLES, DOSÉS À 4 mg DE PRINCIPE ACTIF - REMBOURSE S.S. P. Cl. 29 - AGRÉÉ APRÈS DES COLLECTIVITÉS - A.M.B.

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

d) Chez ces mêmes sujets, éviter l'apport excessif de glucides, pratiquer éventuellement des saignées périodiques et se méfier des infections pancréatiques.

3° L'obésité androïde.

C'est elle qui est le grand fournisseur du diabète de l'adulte. Ce dernier lui est consécutif 85 fois sur 100, après 30 ans.

Confondre à ce point de vue toutes les formes de surcharge graisseuse est une négligence qui interdit de voir clair dans les mécanismes du diabète. Se contenter de dire « c'est un ou une obèse » est aussi élémentaire que de déclarer en d'autres circonstances sans plus de précision : « C'est un anémique, un albuminurique, un hypertendu, un dyspnéique, un boiteux ». Or il suffit pour éviter cette erreur de saisir d'un coup d'œil, tant soit peu exercé, la silhouette de l'obèse. Ce qui fait le pronostic de l'obésité ce n'est pas tant la surcharge graisseuse elle-même que l'intensité et la rapidité de son renouvellement, l'importance du métabolisme, du lit vasculaire, de l'anabolisme protéique, musculaire et sanguin, le niveau de l'activité cortico-surrénale, facteur d'accélération métabolique et d'opposition probable, directe ou indirecte, à l'action de l'insuline.

Tous ces caractères sont traduits avec un risque d'erreur minime par la topographie de la graisse à la surface du corps.

L'obésité gynoïde qui est la plus fréquente chez la femme, surtout avant 40 ans, et qui chez l'homme est toujours associée à d'autres caractères féminins, prédomine sur la moitié inférieure du corps, bassin, abdomen sous-ombilical, cuisses, jambes, respectant le cou et les épaules. Elle est essentiellement grasse et peu musclée. Les forces et l'activité musculaire, l'aptitude à l'effort, surtout à jeun, y sont minimes. La faim et la capacité digestive parfois importantes sont souvent modérées. Le renouvellement lent de la graisse ne consomme qu'une faible quantité d'insuline. L'usure pancréatique est rare. Il en est de même de l'hyperuricémie, de l'hypertension artérielle, de l'athérosclérose prématurée. Seules des complications mécaniques, d'ailleurs graves, gênent la circulation de retour veino-lymphatique, la mécanique pulmonaire et cardiaque, abrégeant les jours de l'obèse gynoïde. Notons cependant qu'à l'époque de la ménopause l'obésité gynoïde de la femme se rapproche toujours de quelques degrés de l'obésité androïde.

Cette dernière est toute différente. Plus fréquente chez l'homme, toujours accompagnée de quelques caractères masculins chez la femme, elle prédomine sur la partie supérieure du corps, nuque, épaules, abdomen sus-ombilical. La graisse y est certes abondante, mais la musculature occupe une part importante de l'excès de poids. Force et activité musculaire, aptitude à l'effort à jeun, faim et capacité

digestive, lit vasculaire et masse sanguine sont au-dessus de la moyenne. Le renouvellement de la graisse est rapide, facteur d'usure pour le pancréas. Le caractère est habituellement extraverti, jovial, expansif. La pression artérielle tend à s'élever précocement. Trois complications métaboliques sont à redouter, l'athérosclérose, le diabète, l'hyperuricémie. Entre-temps chez la femme deux phénomènes caractéristiques se seront produits comme nos statistiques l'ont bien montré. Le poids néo-natal des enfants aura presque toujours été élevé et la grossesse accompagnée de vergetures pourprées larges et abondantes, témoins de l'exagération par l'état gravidique d'un hypercortisolisme latent. Fréquemment aussi la grossesse aura donné lieu à d'autres symptômes mineurs d'hypercorticisme, rétention hydrosodique, hypertension.

Entre les deux extrêmes de ces obésités existent des types intermédiaires dont la mesure de la répartition de la graisse sous-cutanée indique la situation.

La graisse s'élevant normalement vers la partie supérieure du corps à l'époque de la ménopause au point de réaliser alors chez la femme le type qu'elle a chez le garçon de 15 à 16 ans, il n'est pas étonnant que l'obésité gynoïde de la jeune femme devienne intermédiaire à la cinquantaine et qu'une obésité intermédiaire chez une fille de 20 ans soit nettement androïde plus tard. Tout cela est aisément prévisible par l'examen clinique orienté vers la morphologie de la répartition graisseuse.

Si l'obésité androïde conduit facilement au diabète elle en est la cause principale, puisque dans notre statistique elle est à l'origine de 85 % des diabètes de l'adulte. Cette évolution, dont la prophylaxie devra tenir le plus grand compte, se fait en 4 étapes distinctes dont la succession est d'autant plus rapide que le pancréas est héréditairement plus fragile, que l'obésité est plus androïde et plus importante :

a) Premier stade de l'obésité androïde diabétogène ou hyperinsulinisme réactionnel.

Il devrait être encourageant pour la prophylaxie du diabète puisque le futur diabétique est alors tout le contraire de ce qu'il sera plus tard. L'absorption d'un gramme de glucose par kilo de poids élève de moins de 20 centigrammes la glycémie à jeun qui est normale, et une hypoglycémie de 20 à 40 centigrammes au-dessous du point de départ, accompagnée de faim, quelquefois de malaises et notamment d'irritabilité, survient dans les 60 à 90 minutes suivantes.

Ce phénomène traduit la réaction excessive du pancréas, cause ultérieure de sa mort par surmenage, car la faim ainsi provoquée va accroître encore en cercle vicieux la sécrétion d'insuline jusqu'à épuisement de la glande.



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de

TRONOTHANE

Marque Déposée



l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**

44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47-77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres — TUNIS

b) Deuxième stade de l'obésité androïde diabétogène ou prédiabète avec hypoinsulinisme relatif.

La glycémie reste normale à jeun, mais le pancréas va exprimer sa souffrance en sécrétant une dose d'insuline encore supérieure à la moyenne, car le poids continue à augmenter, mais insuffisante à empêcher la glycémie de s'élever exagérément après absorption de glucose. Il est très facile par la cure rationnelle d'amaigrissement de ramener le prédiabète du stade 2 à l'hyperinsulinisme réactionnel du stade 1.

c) Troisième stade de l'obésité androïde diabétogène ou diabète avec hypoinsulinisme relatif.

Cette fois le pancréas s'est laissé forcer davantage et la glycémie reste élevée à jeun, avec plus ou moins de glycosurie. Le poids cesse d'augmenter. Mais l'hypoinsulinisme n'est encore que relatif. Le sang contient un taux normal d'insuline (BORNSTEIN, TREWHELLA et LAWRENCE, GROEN, RANDLE, VALLANCE-OWEN). Et il suffit de faire tomber le poids à la normale pour faire suivre en sens inverse et rapidement au diabétique le chemin qu'il vient de parcourir en plus ou moins d'années. C'est d'abord le stade 2 du prédiabète qui est atteint. Mais le médecin ne doit être satisfait que lorsque son malade est retourné au stade 1, celui de l'hyperinsulinisme réactionnel.

L'athérosclérose déjà débutante au stade 2, franche au stade 3, est améliorée par la cure d'amaigrissement, sinon dans ses lésions qui sont peut-être définitives, tout au moins dans la tolérance de ces lésions par l'organisme.

d) Quatrième stade de l'obésité androïde diabétogène ou diabète par carence absolue plus ou moins importante d'insuline.

La faillite du pancréas est cette fois définitive. Malgré la chute de poids spontanée, il est impossible de régénérer les îlots. L'insuline est absente ou très diminuée dans le sang comme l'ont montré les mêmes auteurs qui l'ont trouvée normale au stade précédent. L'effet de cette hormone était nuisible antérieurement, car elle augmentait la faim qui aggravait le diabète. Elle est maintenant indispensable à la survie. Encore n'agit-elle que peu ou pas sur l'athérosclérose dont la moindre crise d'hypoglycémie risque même d'aggraver le rendement circulatoire, ce qu'il faut éviter avec soin.

Cette évolution du diabète par obésité androïde, c'est-à-dire de 85 % des diabètes de l'adulte, en dicte la prophylaxie. On doit retenir d'abord en pratique que ce diabète est curable, et d'une façon définitive, jusqu'à la fin de son troisième stade, par la seule réduction du poids jusqu'à la normale. Cette notion de la longue durée pendant laquelle le pancréas est récupérable si on met en action les moyens nécessaires doit s'opposer à la notion erronée et trop répandue de l'incurabilité du diabète.

Et bien entendu, si le diabète de l'obésité androïde est curable jusqu'à la fin du troisième stade peut-on le prévenir aux deux premiers stades où il n'est pas encore, à proprement parler, constitué. La prophylaxie de 85 % des diabètes de l'adulte consiste donc dans la cure de réduction du poids jusqu'à la normale, telle que nous la pratiquons, avec reconditionnement de la faim et de la capacité digestive, de façon à rendre ses effets durables. Cette cure sera conduite avec d'autant plus d'attention, voire d'acharnement, que le pancréas paraîtra héréditairement plus fragile par la présence d'autres cas de diabète dans la lignée et la précocité de ses symptômes de défaillance.

III. — CONDUITE GÉNÉRALE DE LA PROPHYLAXIE DU DIABÈTE.

Des notions que nous avons rassemblées sur les mécanismes communs du diabète et son évolution découlent les règles d'une prophylaxie individuelle et sociale grâce à laquelle serait réduit de quatre-cinquièmes environ le nombre des diabètes que nous sommes contraints de soigner aujourd'hui. On peut affirmer que si cette prophylaxie s'effectue insuffisamment, la responsabilité en incombera aux médecins qui n'auront pas suffisamment informé le public et les pouvoirs publics de sa nécessité.

Rappelons-en les principes essentiels qui devraient être enseignés à l'école primaire :

1° L'obligation d'un livret sanitaire de famille, bien plus complet et bien mieux tenu que le carnet familial de santé actuel, où l'enfant et ses parents d'abord, l'adulte et ses intimes plus tard, pourraient connaître les éléments les plus marquants du patrimoine génétique.

2° La lutte contre les maladies susceptibles d'atteindre le pancréas : pancréatite microbienne ou virale, pancréatite satellite de la lithiase biliaire, pancréatite calcifiante alcoolique, les précautions diététiques à prendre dans chacune de ces circonstances et dans l'hémochromatose contre laquelle nous sommes par ailleurs désarmés.

3° La lutte contre l'obésité androïde et plus généralement l'enseignement précoce que tout sujet doit se rapprocher au maximum du poids physiologique, comme il apprend à se tenir, à s'habiller, à s'exprimer avec correction. Des préjugés profondément enracinés doivent être combattus dans ce but qui ne pourra pas être atteint sans une instruction précoce de la génération montante.

Cette prophylaxie devra s'effectuer dès le plus jeune âge :

a) Chez l'enfant dont les principaux antécédents familiaux sont connus par le livret sanitaire de famille, suralimentation et abus de

sucreries seront évités d'une façon générale au foyer, à l'école, au camp de vacances, et d'autant plus que les antécédents diabétiques seront plus nombreux. Des précautions encore plus sérieuses contre cet abus seront prises au cours de la convalescence des maladies infectieuses, et lors des poussées de croissance pendant lesquelles les aliments riches en protides et notamment les laitages, fromages surtout, devront être préférés aux farineux, souvent choisis par une erreur de l'instinct alimentaire.

Des consultations médicales régulières justifieront une épreuve d'hyperglycémie provoquée au cours de ces périodes critiques si l'enfant a des antécédents diabétiques. Dans la mesure où l'état respiratoire et circulatoire le permettra, la pratique des sports sera d'autant plus encouragée que la faim et la capacité digestive seront plus fortes.

b) A l'âge adulte les mêmes règles resteront valables. Le mariage, la vie sédentaire, l'abandon des sports seront l'occasion d'une augmentation de poids qu'il faudra éviter.

Tous les épisodes de la vie génitale féminine risquent de provoquer ou d'accentuer l'obésité, mais c'est la grossesse qui est la plus redoutable. Dans le but de prévenir le diabète, on s'opposera alors d'autant plus à l'augmentation de poids que la femme aura une différenciation plus masculine. La naissance antérieure d'un gros enfant, la précocité, l'abondance et la largeur des vergetures pourprées éveilleront l'attention sur les risques de diabète. Faire comprendre à la gestante qu'elle doit maigrir malgré le fardeau précieux qu'elle porte, et précisément pour cette raison, n'est pas toujours facile. On devra y parvenir. L'allaitement, le sevrage, une castration éventuelle, la ménopause feront courir les mêmes dangers et seront justiciables des mêmes précautions.

Au cours de cette succession des années, la surveillance pondérale sera doublée de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée, répétée d'autant plus fréquemment que l'hérédité diabétique, la différenciation masculine et le poids seront plus importants. Si le stade 2 du prédiabète ou même le stade 3 du diabète par obésité androïde sont déjà atteints, il n'y a rien à changer à la conduite pratique, si ce n'est sa plus grande rigueur. La thérapeutique de ce diabète se confond longtemps avec sa prophylaxie, la cure d'amaigrissement rationnel.

Dans les autres cas, les moins nombreux, qui ne ressortissent pas à l'obésité, cas moins satisfaisants du point de vue de la restauration du potentiel pancréatique et au cours desquels la cure d'insuline est généralement nécessaire, cette surveillance répétée, ce dépistage par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée et non par la bien trop tardive glycosurie auront l'avantage de permettre un traitement correct et précoce. La cure chirurgicale ou médicale des causes éventuelles de diabète, la prescription d'un régime adapté aux possibilités du pan-

créas et de l'insuline exogène en proportion de la carence en cette hormone auront leur maximum d'efficacité. Ce seront alors les meilleures conditions pour espérer une régénération pancréatique, par conséquent une guérison et, quand ces dernières seront impossibles, pour obtenir un équilibre métabolique satisfaisant. Si la question du mécanisme des complications dégénératives du diabète et de leurs rapports avec l'hyperglycémie est loin de sa solution, il n'est cependant pas douteux que la cure précoce de l'hyperglycémie en est la seule prophylaxie efficace. Bien plus, de très nombreux cas d'athérosclérose qui ne sont pas à proprement parler diabétiques, puisque la glycémie y est normale à jeun, appartiennent à ce groupe par leur hyperglycémie provoquée pathologique et pourront être enrayerés si on en dépiste l'origine principale.

A ce plan et à sa réalisation ne s'opposent que des préjugés, l'ignorance et la paresse. Méconnaissance du rôle des prédispositions héréditaires et tabou de leur identification d'une part, croyance à l'inéductibilité du tempérament de l'autre, vieux principe de laisser faire la nature datant d'une époque où il était en effet plus prudent de ne pas la contrarier, confusion de l'obésité, plus particulièrement sous sa forme androïde, avec la bonne santé, ignorance du rôle de l'habitude dans la régulation du poids et de ses possibilités presque sans limite de conditionnement défectueux ou harmonieux, routine et nonchalance enfin, tels sont les principaux adversaires que le médecin devra vaincre d'abord pour assurer une prophylaxie efficace du diabète.

AÉROCID

1 **Cachet** matin et soir ou 2 **Comprimés**

Aérophagie - Aérocolie - Hypotonie
gastro-intestinale - Insuffisance
hépatique

AQUINTOL

Gouttes * Suppositoires * Sirop

Adénopathies trachéo-bronchiques
Toux spasmodiques - Coqueluche
SÉDATIF ANALGÉSIQUE

OPOCÉRÈS

SIMPLE OU VITAMINÉ

Dragées à croquer * Ampoules buvables

Asthénies physiques, psychiques ou
intellectuelles - Alcalose
RECONSTITUANT - DYNAMISANT
PONDÉRATEUR du Ph. humoral

ASSOCIATION PHYTO-HORMONALE SÉDATIVE ASSOCIÉE
ACTIVE PAR VOIE BUCCALE

HEMORAME

A L'ANHYDROXYPROGESTÉRONE

Cachets : 2 à 4 par jour
Comprimés : 4 à 8 par 24 heures

NOUVEAU RÉGULATEUR
DU FLUX MENSTRUEL

LABORATOIRES DE L'AÉROCID - 248 bis, rue G.-Péri - CACHAN (Seine)

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^e
TÉL. INV 74-19

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Evolution et traitement de la ménopause (1)

par Jean VAGUE,

Professeur de Clinique Endocrinologique

à la Faculté de Médecine de Marseille



La durée de vie de l'ensemble de l'organisme n'est pas la même que celle de certains de ses éléments. Le tissu lymphoïde est beaucoup moins développé à l'âge adulte et dans la vieillesse que chez l'enfant. Le thymus s'atrophie et disparaît presque complètement quand la croissance est achevée. Les cheveux, les dents peuvent tomber bien avant la mort de l'individu. Les cellules cérébrales se raréfient à partir de la cinquantaine. Tout cela est normal. Sur le plan pathologique des abiotrophies plus ou moins précoces peuvent frapper la plupart des organes et notamment les glandes endocrines.

Le tissu ovarien actif disparaît chez 80 % des femmes, c'est-à-dire normalement, entre 44 et 52 ans, en moyenne à 48 ans. Chez les autres femmes, la ménopause est en proportion sensiblement égale plus précoce ou plus tardive.

Cette évolution se fait en trois temps, dont le second seul appartient vraiment à la ménopause.

Dans une première période ou préménopause, qui dure de quelques semaines à quelques années, les fonctions de l'ovaire ne sont que partiellement altérées; l'ovulation est entravée, souvent retardée parfois inachevée; la formation du corps progestatif s'effectue mal et la sécrétion de progestérone est insuffisante. Cette insuffisance lutéale avec ou sans dysovulation ou anovulation diminue la fécondité et provoque divers troubles fonctionnels. Notons que le trouble fonctionnel ovarien est exactement superposable à ce qui se passe dès la puberté dans la dystrophie kystique des ovaires avec ou sans épaissement de l'albuginée.

La deuxième période est celle qui suit la maturation du dernier follicule de de Graaf et les dernières règles. Elle marque la fin de la vie fonctionnelle de l'ovaire. Cela va se traduire par une réaction hypophysaire à la carence ovarienne avec un syndrome d'entraînement neuro-endocrinien plus ou moins exubérant. Cette deuxième période, la ménopause proprement dite, dure de quelques mois à plus de quinze ans.

Après elle, l'organisme peut souffrir de la carence ovarienne, mais cette carence ne provoque plus guère de réactions si ce n'est

(1) Conférence du 14 avril 1959 à l'Institut des Hautes Etudes.

la sécrétion encore importante de folliculo-stimuline par l'hypophyse qui peut durer jusqu'à la mort.

I. — *L'ETUDE ANATOMIQUE DES OVAIRES* montre qu'ils sont remplacés peu à peu par du tissu fibreux qui ne laisse plus de place aux divers éléments des structures folliculaires. Des kystes plus ou moins volumineux sont fréquents. Antérieurs à la ménopause, ils peuvent dater soit de la jeunesse ou des diverses étapes de la vie génitale dans la scléro-kystose constitutionnelle, soit de la préménopause, liés à l'anovulation ou à la dysovulation qui ont marqué cette période. Les cellules androgènes normales de l'ovaire : cellules thécales, cellules interstitielles, cellules de Berger disparaissent aussi. Mais il semble exister des cas minoritaires dont le tissu androgène survit aux autres activités essentielles de l'ovaire.

II. — *L'EXPLORATION BIOLOGIQUE DES FONCTIONS OVARIENNES* révèle dès la préménopause la carence en progestérone exprimée par la diminution du prégnandiol, l'insuffisance de la montée thermique dans la deuxième partie du cycle, les altérations caractéristiques de la muqueuse utérine sur la biopsie, celles moins nettes du colpogramme. La sécrétion d'œstrogènes est alors variable. Elle est quelquefois accrue, mais moins souvent qu'on ne le croyait il y a quelques années.

Après les dernières règles, s'observent :

a) La diminution des œstrogènes urinaires, notamment de l'œstradiol et de l'œstriol qui disparaissent, l'œtrone se maintenant plus près de ses taux normaux, pouvant quelquefois les dépasser;

b) Une baisse moins sensible et plus progressive du taux des métabolites des androgènes;

c) Une élévation du FSH au-dessus de 100 unités qui peut durer tout le reste de la vie, avec la réserve trop méconnue que cette élévation peut fort bien être intermittente et ne pas s'observer à chaque examen.

III. — *GROUPEMENT ET MECANISME DES SYMPTOMES DE LA MENOPAUSE.*

Ils comprennent des signes directs de carence ovarienne, des signes secondaires, des complications proprement dites.

1. SIGNES DIRECTS DE LA CARENCE OVARIENNE

a) Carence œstrogène. Elle porte :

— sur la vulve et le vagin qui s'atrophient et se dessèchent, responsables de dyspareunie et secondairement de diminution des impulsions sexuelles;

- sur l'utérus dont la muqueuse et la musculature s'atrophient;
- sur les glandes mammaires qui s'atrophient elles aussi peu à peu sans que la graisse pérिमammaire suive cette évolution;
- sur la peau qui s'atrophie également, perd son élasticité et se flétrit;
- sur les os et les cartilages articulaires qui sont le siège d'ostéoporose et d'arthrose.

Les relations de l'eutrophie de la peau, comme des os et des cartilages avec les hormones sexuelles méritent en raison de leur méconnaissance fréquente qu'on les rappelle ici. Elles peuvent se résumer dans une notion capitale que ces trois tissus ont d'autant plus besoin du concours des hormones sexuelles féminines ou masculines pour maintenir leurs caractères fondamentaux, souplesse, élasticité pour le premier, bonne calcification pour le second, nutrition normale par la seule imbibition pour le dernier, que l'âge est plus avancé. Il suffit de voir ce qui se passe chez les deux sexes dans la castration précoce non traitée ou dans les a ou hypogonadismes également abandonnés à eux-mêmes; le vieillissement précoce de la peau, des os et des cartilages est alors constant. L'enfant se passe du concours des hormones sexuelles et garde en leur absence sa jeunesse tissulaire. Mais le besoin de ces hormones commence dès l'âge de la puberté. Il est encore plus élevé à l'âge climactérique, âge où malencontreusement pour la conservation des tissus en cause, ces hormones vont faire défaut.

b) Carence androgène.

De la puberté à la ménopause l'ovaire sécrète normalement une faible quantité d'androgènes qui sont responsables du faible développement clitoridien, de la toison pubo-axillaire féminine et de la plus grande part des impulsions sexuelles. Les androgènes surrénaux participent à cette imprégnation de l'organisme. ALBRIGHT a même pensé qu'ils étaient seuls en cause dans le développement des poils pubiens et axillaires de la femme. On sait aujourd'hui que les ovaires y participent également et y ont probablement la plus grande part.

Aussi bien, les relations entre les surrénales et les ovaires vont-elles se poursuivre toute la vie et ce de façon assez différente suivant les femmes.

Chez la majorité des femmes, une carence androgène par suppression des fonctions ovariennes se manifeste dès la ménopause et de plus en plus avec l'âge : le défrisement d'abord, l'atrophie et la raréfaction ensuite, la disparition presque totale seulement dans l'extrême vieillesse des poils pubo-axillaires sont la règle quand les fonctions ovariennes ont pris fin. L'atrophie clitoridienne, la diminution des impulsions sexuelles reconnaissent la même origine ainsi que peut-être une partie de l'ostéoporose et de l'amyotrophie sénile. Sur le plan pathologique, la disparition de l'acné idiopathique lors de

*antibiothérapie voie orale
plus rapide - plus efficace*

Hexacycline



Sirop

flacon de 60 ml.
P. Cl. 12

Dragées

flacon de 16
P. Cl. 23

Remboursé S. S

POSOLOGIE

adultes en moyenne 1g par jour, soit 4 dragées
enfants en moyenne 0,02g par kg de poids et
par jour (2 mesures pour 5 kg)



LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63 BD HAUSSMANN, PARIS 8^e • ANJ. 46-30

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

la ménopause est une autre preuve de l'origine ovarienne de cette affection.

Cependant, chez certaines femmes, une réaction surrénale que nous retrouverons plus loin aboutit fréquemment à l'apparition de signes mineurs de virilisation, hypertrichose plus ou moins marquée, abaissement de la voix, hyperclitoridie.

c) Prédominance des androgènes sur les œstrogènes.

Au demeurant, la prédominance des androgènes sur les œstrogènes, malgré la diminution des uns et des autres en valeur absolue, est le fait dominant de la ménopause. Trois phénomènes sont à l'origine de cette prédominance :

- les surrénales sécrètent normalement plus d'androgènes que la quantité d'œstrone qui les neutralise;
- la réaction surrénale fréquente à la suite de la suppression des fonctions ovariennes s'effectue généralement dans le même sens;
- enfin, il est possible que dans quelques cas les androgènes ovariens survivent à la disparition de la fonction folliculaire.

Cette prédominance des androgènes sur les œstrogènes, tous deux diminués, se traduit par l'association fréquente des signes directs de carence ovarienne comme l'atrophie vulvo-vaginale, et d'un degré plus ou moins marqué d'hypertrichose et d'hyperclitoridie, malgré un abaissement très sensible des métabolites des androgènes. Elle s'exprime aussi par une grande sensibilité de la femme ménopausée à l'apport de stéroïdes plus ou moins masculinisants dont il conviendra de se méfier.

2. SYMPTÔMES INDIRECTS DE LA CARENCE OVARIENNE

Il suffit de les énumérer car ils sont bien connus.

Les uns tiennent aux altérations des divers noyaux végétatifs de l'hypothalamus et des formations nerveuses plus élevées, réglant le rythme cardiaque, la vaso-motricité périphérique, la pression artérielle, le tonus digestif, le sommeil, l'activité générale, le caractère.

Les autres portent sur les régulations hypophysaires des glandes endocrines, notamment la thyroïde et la surrénale.

Tous ces symptômes ont pour origine commune la libération du frein hypophysaire par la carence des œstrogènes. L'hypophyse réagit par une sécrétion accrue de folliculo-stimuline. A leur tour les autres stimulines peuvent être sécrétées en excès et les formations nerveuses voisines troublées dans leur fonctionnement.

En dehors de réactions franchement pathologiques de ces centres nerveux et des diverses stimulines hypophysaires que nous allons retrouver aux complications, le comportement du cortex surrénal chez la femme au retour d'âge paraît commander ce qu'on pourrait appeler l'alternative de la ménopause normale.

Suivant que la surrénale reste indifférente devant l'arrêt des fonctions ovariennes ou réagit par un hypercorticisme global proportionnel, mineur mais authentique, alternative qui représente la totalité des ménopauses normales, l'évolution sera toute différente. Dans le premier cas, les signes de carence ovarienne seront à leur maximum avec les suites que nous leur connaissons, l'atrophie génitale, l'ostéoporose, souvent une atrophie générale et lentement progressive, compatible avec une très longue survie sans usure artérielle. Dans le deuxième ces symptômes seront à leur minimum, les sécrétions surrénales, parmi lesquelles ni les androgènes ni l'œstrone ne sont négligeables, assurant plus ou moins la suppléance de l'ovaire. En contrepartie, surviendront les inconvénients de l'obésité plus ou moins androïde, habituellement consécutive à cet hypercorticisme discret, athérosclérose prématurée, diabète, hyperuricémie. Or, cette réaction est pour une large part déterminée par le biotype antérieur et prévisible par son analyse. La constitution bréviligne, l'élévation du rapport squelettique scapulo-pelvien, plus encore, la tendance à l'excès de poids et surtout celle de la graisse sous-cutanée à se localiser dans la partie supérieure du corps, à fortiori une obésité plus ou moins endroïde déjà constituée avant la ménopause font aisément prévoir l'hypercorticisme mineur du retour d'âge. De nombreux aspects intermédiaires se situent comme toujours entre ces types extrêmes.

3. COMPLICATIONS DE LA MÉNOPAUSE

Ces symptômes de carence, ces réactions neuro-végétatives et endocrinienne font partie de la ménopause normale. Ils doivent être combattus seulement en raison du désagrément qu'ils provoquent et de la prophylaxie de leur aggravation. Les complications proprement dites, minoritaires, ont des aspects très divers. Elles aussi, nous nous bornerons à les rappeler et à les classer.

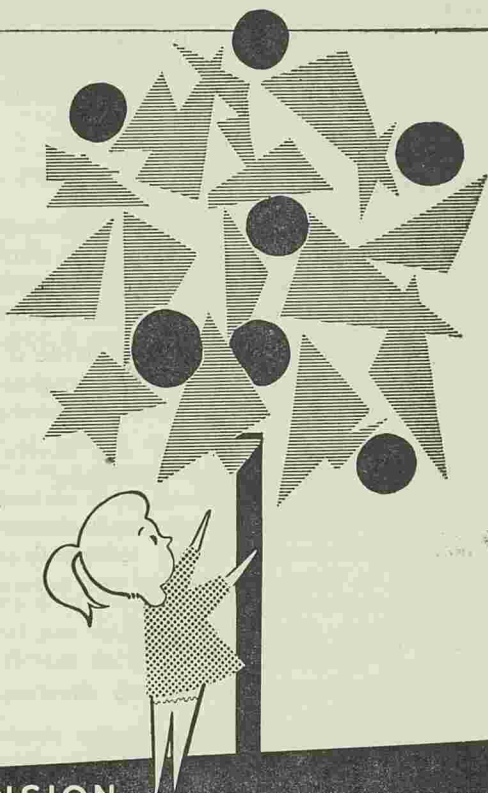
a) Complications génitales. C'est le kraurosis, le prurit vulvaire et la vaginite, tous trois par carence œstrogène. Les ménorragies spontanées après plusieurs mois d'aménorrhée posent toujours un problème délicat de diagnostic et de traitement. Dues à la persistance d'une sécrétion œstrogène et à l'arrêt de la fonction lutéale, elles cèdent à la progestérone. Toutes les garanties seront prises pour ne pas laisser échapper une tumeur. La sanction du moindre doute sera l'hystérectomie. Le fibromyome utérin, quand il n'est pas trop volumineux, s'atrophie souvent lors de la deuxième phase de la ménopause. On peut donc surseoir à son ablation à condition de le surveiller.



STABLE
PRÊTE A L'EMPLOI
GOUT DÉLICIEUX DE
FRAMBOISE ET D'ABRICOT



Toutes les indications
du Chloramphénicol en Pédiatrie



LYON - 28

SUSPENSION
CHLORAMPHÉNICOL

AU PALMITATE DE

A 3,65 g % SARBACH



REMBOURSÉE A 90 %
PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
AGRÉE PAR L'A.M.G.
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITÉS

P.C. 14



ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPBARMA — 4, Pas, d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

b) Les troubles trophiques généraux sont comme la plupart des troubles génitaux en relation avec la carence œstrogène, portant sur la peau (sécheresse et atrophie avec sénilité cutanée précoce) et sur les phanères (atrophie et chute des ongles et des poils), sur les os et les cartilages (ostéoporose et ostéo-arthrose sévères, évolutives).

c) Réactions endocriniennes graves :

1° par libération hypophysaire :

— Maladie de Basedow de la ménopause, souvent grave, d'évolution subaiguë qui exige un traitement œstrogène à la limite de la tolérance et sans lequel les autres thérapeutiques de l'hyperthyroïdisme, évidemment nécessaires elles aussi, restent inopérantes;

— Goitre simple, généralement avide d'iode avec sécrétion normale d'hormones thyroïdiennes. Les œstrogènes doivent ici doubler l'action freinatrice de la thyroxine sur la thyrotrophine;

— Hypercorticisme majeur aux divers aspects et qui, lui aussi, demande une thérapeutique œstrogène.

2° Abiotrophie endocrinienne évoluant en marge de la ménopause mais généralement moins influencée par la carence œstrogène d'une part, la thérapeutique par ces hormones de l'autre. Ce sont surtout :

— le myxœdème primitif et

— l'hypopituitarisme avec ses diverses composantes et ses degrés de gravité.

d) Réactions neuro-endocriniennes et métaboliques complexes.

Elles comprennent essentiellement toutes les formes d'obésité et de maigreur, majoration d'un état plus ou moins ancien, ainsi que le diabète consécutif neuf fois sur dix à l'obésité androïde et l'hyperuricémie, avec ou sans goutte ou lithiase urique, qui a la même origine.

e) *Troubles vaso-moteurs sévères.*

La bouffée de chaleur était un symptôme banal. L'hypertension artérielle évolutive, la néphroangiosclérose débutent souvent à l'âge de la ménopause. Dans une certaine mesure la correction du déséquilibre initial peut contribuer à enrayer leur progression.

f) *Troubles graves du comportement.*

En dehors des altérations mineures du comportement général et sexuel on peut observer des névroses et des psychoses graves aux divers aspects, la disparition totale des impulsions sexuelles par carence œstrogène et androgène, souvent la nymphomanie due à la fois à l'excès au moins relatif d'androgènes et au déséquilibre des fonctions nerveuses, plus fréquemment encore l'association de la nymphomanie

à l'anaphrodisie, les impulsions n'aboutissant plus à leur satisfaction, quelquefois l'apparition d'une homosexualité jusque-là latente ou compensée. Toutes ces complications ne surviennent que sur des terrains particuliers dont plusieurs indices avaient déjà laissé soupçonner leur aggravation ultérieure.

IV. — CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES DE LA MÉNOPAUSE

1^o *Ménopause spontanée.* — Dans 10 % des cas la ménopause survient avant 44 ans, dans 5 % avant 40 ans, ménopause prématurée, dans 1 % avant 35 ans, ménopause précoce. Cette abiotrophie de l'ovaire avant l'âge habituel est le plus souvent héréditaire. Des lésions acquises, tuberculose, infections à pyogènes peuvent la favoriser ou la provoquer.

Les symptômes sont les mêmes que ceux de la ménopause normale. Le vieillissement cutané et osseux exige presque toujours un traitement. Il n'est pas rare dans la ménopause précoce, après que la plupart des symptômes soient rentrés dans l'ordre vers 40 ans, de voir un deuxième bouleversement neuro-endocrinien survenir à l'âge normal de la ménopause vers 48 ans.

Les ménopauses retardées font le pendant des ménopauses prématurées et précoces. Elles n'ont pas de particularités. Il est habituel que la peau et le squelette bénéficient de cette persistance de la sécrétion œstrogène.

2^o *La ménopause provoquée* est chirurgicale ou radiothérapique. Il arrive trop souvent que cette dernière soit involontaire, secondaire à une application radiothérapique inopportune pour lombarthrose ou autre affection.

La rigidité de l'installation des ménopauses provoquées suscite toujours un déséquilibre qui, même lorsqu'il n'est pas des plus évidents sur le plan subjectif, doit toujours être traité attentivement.

V. — FORMES ÉVOLUTIVES DE LA MÉNOPAUSE

1^o La succession des événements nous a conduits à distinguer les trois phases habituellement très distinctes de la ménopause. Cette succession peut être plus ou moins rapide. Chacune des étapes peut durer davantage, être plus riche en manifestations cliniques que les deux autres.

2^o L'adaptation de l'organisme à l'abiotrophie ovarienne nous a fait opposer les deux formes sans et avec réaction surrénale, la première ne corrigeant pas sa carence œstrogène et androgène, la deuxième la réduisant plus ou moins, chacune de ces deux formes ayant, nous l'avons vu, ses avantages et ses inconvénients.



...comme

Vitamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

homologué et remboursé par la S.S.

3° La gravité de la ménopause est très variable :

a) Dans un cinquième des cas environ elle est à peu près complètement latente sur le plan subjectif, ce qui n'empêche pas les lésions cutanées et squelettiques de se constituer à bas bruit. Ces formes sont généralement celles où la réaction surrénale est suffisante pour assurer une suppléance partielle qui permet d'éviter le déséquilibre végétatif et endocrinien et insuffisante pour provoquer d'autres troubles.

Les trois quarts environ des ménopauses se comportent comme nous l'avons rappelé avec leur cortège de troubles végétatifs, métaboliques, endocriniens discrets et leurs altérations mineures du comportement.

Il reste environ 5 % des ménopauses qui donnent lieu à de véritables complications plus ou moins sévères que nous avons passées en revue. Si ces dernières sont quelquefois apparemment fortuites, le plus souvent elles peuvent être prévues par l'examen de la malade avant sa ménopause et prévenues par un traitement opportun. Ce sont les ménopauses négligées qui se compliquent.

VI. — TRAITEMENT DE LA MÉNOPAUSE

A) CINQ PRINCIPES doivent le diriger :

1° Rechercher, éviter ou combattre les maladies qui coïncident avec la ménopause, pouvant donner le change avec certains de ses symptômes, mais qui n'en sont pas la conséquence. Au premier rang de ces maladies figurent les cancers, génitaux et extra-génitaux.

2° Assurer l'équilibre des diverses fonctions qui tendent alors à perdre leur autorégulation : poids, métabolismes divers, comportement général, comportement sexuel.

3° Admettre que le fait pour la ménopause d'être un phénomène physiologique qui survient normalement autour de 48 ans ne dispense pas de le traiter. La mort est aussi un phénomène physiologique et nous devons tout faire pour la retarder. A l'exception des 20 % environ des ménopauses qui, par suite vraisemblablement d'une adaptation surrénale suffisante et non excessive, ne souffrent ni de signes notables de carence œstrogène et androgène ni des complications de l'obésité androïde, et au cours desquelles la femme qui demande conseil doit être seulement rassurée si elle est inquiète et renvoyée sans traitement, dans tous les autres cas l'organisme souffre d'une manière ou d'une autre et la ménopause doit être traitée. La femme ménopausée à notre époque a droit à cette cure qui supprime ses malaises et retarde son vieillissement.

4° Fournir à l'organisme ce dont il manque et dont l'absence ou l'insuffisance a des conséquences pathologiques.

- Diencésterol en comprimés de 1/2 et 5 mg, en suppositoires de 5 mg, en ampoules micro-cristallines aux mêmes doses que le précédent;
- le Tace ou chlorotrianisène en capsules de 12 mg, 2 par jour, s'accumule plus ou moins longtemps dans le tissu adipeux.

Toutes ces substances sont analogues dans leur action, l'œstradiol dans ses différentes formes ayant un effet plus important sur le récepteur utérin.

La testostérone existe en solution huileuse de propionate ou d'acétate, en solution retard d'œnanthate ou hexahydrobenzoate, en comprimés perlinguaux de méthyltestostérone, en comprimés pour implantation de testostérone pure.

La progestérone est en solution huileuse, en solution retard de capronate (65 et 125 mg) et sous forme de prégnéninolone en dragées de 5, 10 et 25 mg.

Diverses formules associent dans la même ampoule deux ou trois de ces hormones.

L'androstenediol, le méthylandrostenediol, l'androsténone, le méthylandrosténone sont doublement mal nommés androgènes non virilisants, expression qui est une insulte à la fois au grec, au latin et à la logique. Étant peu « virilisantes » ces substances sont de mauvaises « androgènes », étant un peu « androgènes » elles ne sont pas dépourvues d'effets « virilisants ». Il faut donc bien enseigner aux médecins ce dont elles sont capables. Leur effet protéofixateur n'est pas négligeable et peut être très utile notamment dans les maigreurs et les ostéoporoses. Leur action freinatrice sur l'hypophyse est modérée, mais appréciable. Leur effet sur le clitoris et sur le système pileux n'est que 5 à 10 fois moins important que celui de la testostérone et doit être surveillé de très près.

L'extrait de colostrum, les freinateurs hypophysaires peuvent avoir leurs indications mineures.

C) APPLICATION PRATIQUE

Dans tous les cas doit être appliqué le principe mentionné plus haut d'assurer l'équilibre des diverses fonctions compromises, ce qui ne va jamais sans une psychothérapie simple et personnelle dont le premier geste est de rassurer la malade en l'engageant seulement à se soigner de façon rationnelle.

Les ménopauses strictement asymptomatiques doivent seulement être surveillées dans leurs complications latentes dont la moindre menace exige une thérapeutique immédiate.

pénicilline V

active par voie-orale

ORACILLINE

Boîtes de 12 et 50 comprimés
dosés à 100.000 U de pénicilline V
Flacon (avec mesure) de 24 g
de poudre aromatisée
1 mesure = 1 comprimé = 100.000 U

ORACILLINE-TRISULFAZINE

Association pénicilline V - polydiazine
Boîte de 12 comprimés
dosés à 100.000 U de pénicilline V
et 0,50 g de diazines
(Tableau C)

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES — PARIS-VII^e
SÉCUR 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 56, Avenue Jean-Jaurès

ALGER : 100, Rue Michelet

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

Les ménopauses moyennes demandent lors de la période préménopausique la progestérone dans la deuxième partie du cycle, avec prudence de très faibles doses de testostérone ou un peu moins faibles des autres stéroïdes protéo-anabolisants au début du cycle, plus rarement en cas de signe de carence des œstrogènes, ces hormones à petites doses, 10 à 20 γ quotidiens d'éthinyl-œstradiol par exemple.

Lors de la deuxième période qui est celle de la ménopause proprement dite, le traitement de fond est le traitement œstrogène. Les injections, y compris les injections de formes retard, ont l'inconvénient d'une imprégnation irrégulière qui peut cesser brusquement et provoquer des hémorragies. Les implants ont les mêmes désavantages et doivent être réservés aux suites d'hystérectomie. Notre préférence va à l'Ethinyl œstradiol, au Dienœstroïl et à l'Hexœstroïl par voie buccale, en prise quotidienne et régulière à la fin d'un repas, de la plus petite dose qui supprime complètement bouffées de chaleur, sueurs et météorisme sans provoquer de règles, le traitement étant interrompu 8 jours si des règles surviennent. Cette clause de la plus petite dose permet de réduire ainsi peu à peu l'hormonothérapie jusqu'à ce qu'elle soit devenue inutile par la mise au repos de l'appareil neuro-endocrinien et l'entrée avec 5 ou 6 ans de gagnés dans une autre étape de la vie. La testostérone et les anabolisants sont inutiles et dangereux. Ils doivent être réservés aux femmes hypotrichosiques, manifestement hypoandrogéniques, plus spécialement si elles sont maigres et ostéoporotiques, ainsi qu'aux cas de ménopause dont le début de la deuxième période est récent et dont une polyadénokystose mammaire ou un fibrome utérin sont encore évolutifs.

Les ménopauses compliquées, outre le traitement direct de leurs complications appellent le même traitement poursuivi avec encore plus de ponctualité et d'énergie. Les troubles trophiques vulvo-vaginaux bénéficient de l'application locale de pommade aux œstrogènes. L'ostéoporose, accessoirement les polyarthroses, la maladie de Basedow, les dystonies vaso-motrices sévères, certaines névroses et psychoses demandent, non la plus petite dose d'œstrogènes, mais au contraire, la plus forte que l'organisme et notamment le récepteur utérin puisse supporter sans présenter hyperplasie ni hémorragie.

Les ménopauses provoquées appellent les mêmes prescriptions avec deux réserves :

1° On ne donnera pas d'œstrogène à une femme castrée pour cancer du sein, mais un stéroïde anabolisant;

2° Après hystérectomie, les implants périodiques, répétés à la première bouffée de chaleur, auront leur utilité chez les femmes négligentes qui ne savent pas se soigner.

Dans les ménopauses précoces la thérapeutique sera de mise et prolongée, même si les troubles sont absents, car la sénescence préma-

turée de la peau et du squelette est sans cela fatale. Il est généralement préférable, du point de vue de l'équilibre psychique, de réaliser pendant quelques années encore un cycle artificiel par l'éthinylœstradiol, 50 à 80 γ du 1^{er} au 25 du mois et la prégnéninolone, 50 mg du 15 au 25, donnant un écoulement menstruel régulier le 27 de chaque mois.

Ainsi compris et appliqué le traitement de la ménopause est d'une remarquable efficacité, tant curatrice que préventive. En l'état actuel de nos connaissances et de nos possibilités, on ne devrait plus voir ces complications fréquentes et redoutables que nous avons passées en revue. Mieux encore, toutes les femmes devraient pouvoir faire mentir le jugement pessimiste de Racine sur le visage de Jezabel et réaliser, grâce à la médecine moderne, ce prolongement de leur jeunesse auquel leurs grand-mères ont vainement aspiré.

— 0 —

LUGOCALCION A LA VITAMINE C

AMPOULES BUVABLES DE 10 CM³

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)



Couronnement
de la corticothérapie anti-inflammatoire
DÉCADRON
le mieux toléré des corticostéroïdes
(actif au quart de milligramme)



flacon de **40** comprimés sécables à 0,5 mg
Remboursé à **90%** par la Sécurité Sociale - p. cl. 29

LABORATOIRES DELAGRANCE, 39, Bd de LATOUR-MAUBOURG - PARIS-7^e

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

Surrénalectomie bilatérale totale chez un artéritique

par les D^{rs} Saïd MESTIRI, Maurice COHEN, Monique MULOT



Depuis la découverte des cortisoniques permettant de contrôler efficacement le syndrome corticoprive, les observations de surrénalectomie bilatérale totale (S.B.T.) se font de plus en plus nombreuses.

Leur principale indication est le cancer métastatique du sein et de la prostate, plus rarement l'artérite juvénile grave.

HUGGINS et SCOTT réalisèrent en 1945 la première S.B.T. pour un cancer métastatique de la prostate. Faute de produits de remplacement actifs, leur malade mourut d'insuffisance surrénale aiguë. Mais en 1952, le même HUGGINS, avec LING-YUAN-DAO, fait état de 42 S.B.T. sans aucune mortalité et codifie le traitement substitutif.

FERRAND, d'Alger, publie à l'Académie de Chirurgie en mars 1954, le premier cas français. Il s'agissait d'une S.B.T. pratiquée involontairement pour artérite juvénile, et dénombrait à l'époque, 132 cas publiés.

Il n'est pas dans notre intention de discuter les indications des S.B.T. faites de propos délibéré pour cancers métastatiques, mais ayant réalisé, tout comme FERRAND, involontairement, une S.B.T. pour artérite grave, nous avons pensé qu'il était intéressant de vous faire part des enseignements que nous avons cru en tirer.

OBSERVATION

M. Mahmoud Ben S..., de Kélibia, âgé de 48 ans, nous est adressé le 12 février 1959 pour artérite du membre inférieur gauche.

Dans ses antécédents, on note une artérite grave du membre inférieur droit en 1946. Il est hospitalisé à cette date à l'hôpital Sadiki dans le service du D^r DEMIRLEAU qui pratique chez lui le 9 août 1946 une sympathectomie droite puis, deux mois plus tard, une amputation de jambe au lieu d'élection.

Le malade est alors perdu de vue, vivant dans des conditions certainement pénibles (internements successifs au cours des événements de 1952-1954), jusqu'en février 1959. Depuis quelques mois sont apparus successivement une claudication à gauche et des phénomènes douloureux de plus en plus marqués, empêchant finalement le sommeil. Puis apparaît une zone nécrotique péri-unguéale.

A son entrée dans le service il présente un visage angoissé, creusé par la douleur qui ne lui laisse que de rares heures de sommeil, malgré le Dolosal.

Les téguments sont cyanotiques et froids jusqu'à mi-jambe.

Il existe une nécrose étendue du gros et du 2^e orteil.

L'artère fémorale bat faiblement.

Pas de pouls pédieux ni tibial postérieur.

Les oscillations ne passent pas à la jambe et sont très diminuées à la cuisse.

L'artériographie montre un arrêt au niveau de la poplitée et l'absence de circulation de suppléance.

Nous posons l'indication de Sympathectomie avec gangliectomie et Surrénalectomie gauches.

Le protocole de la première intervention est demandé à l'hôpital Sadiki et nous n'obtenons qu'une réponse téléphonique disant : Sympathectomie, avec promesse de la copie intégrale.

L'intervention est pratiquée le 24 février 1959.

Incision en crosse de Hockey le long de la 12^e côte, résection complète de la 12^e côte. On récline la plèvre et le péritoine. On résèque très facilement la surrénale gauche hypertrophiée. On découvre facilement et on résèque le sympathique gauche sur 5 cm. Reconstitution du pilier du diaphragme qui a été sectionné.

Fermeture de la paroi sur drainage aspiratif.

COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE

Identification histologique du nerf et des ganglions sympathiques. Légère hyperplasie cortico-surrénalienne.

Mais immédiatement après l'intervention nous parvient le compte-rendu écrit de l'intervention pratiquée en 1946 :

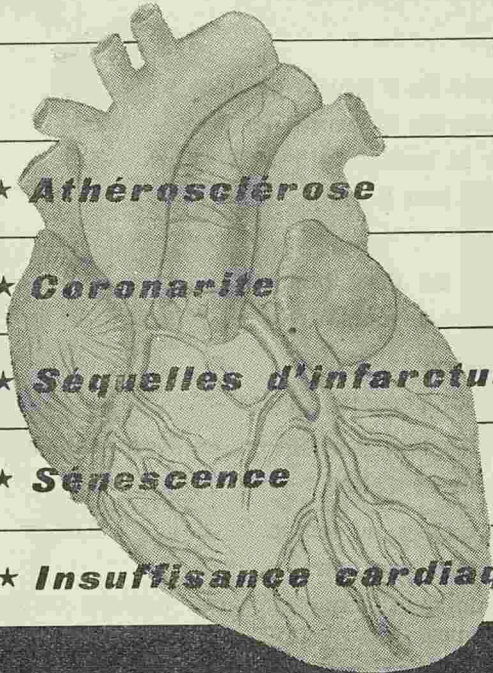
— Incision latérale sous-costale de Leriche.

On découvre la veine cave qu'on récline et l'on aperçoit alors très vite la chaîne sympathique lombaire présentant des renflements ganglionnaires. On en enlève 6 cm environ comprenant deux ganglions. Puis on aborde le rein qui est très haut et difficile à atteindre. On fend le péritoine pour mettre en évidence la surrénale et on fait une brèche dedans. On enlève la surrénale en la morcelant, mais on l'enlève en entier. Le pédicule central saigne un peu. La ligature étant difficile, on l'abandonne.

Dès lors il s'agissait d'équilibrer une surrénalectomie bilatérale totale.

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ

(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA. PARIS 16

TRAITEMENT POST-OPERATOIRE

Nous avons suivi le traitement standard institué par HUGGINS :

1° Perfusion de sérum glucosé, presque continue, très lente, avec d'abord Néosynéphrine, puis dès que nous avons pu l'obtenir, Noradrénaline.

2° **Cortisone :**

- 50 mg toutes les 6 heures pendant 2 jours;
- 50 mg toutes les 12 heures les 3^e et 4^e jours;
- 50 mg par 24 heures du 5^e au 7^e jour;
- du 8^e au 20^e jour 3 comprimés de Cortancyl.

3° **Doka :**

- 2 fois 5 mg les deux premiers jours;
- 5 mg les 3^e et 5^e jours.

4° **Acéto-Stérandryl :**

- 5 mg par jour pendant 3 jours.

5° **Chlorure de sodium** (sous forme de sérum salé hypertonique) :

- 3 gr par jour de CINA.

6° **Chlorure de potassium** (ampoules dosées à 0,50 gr) :

- 1 à 3 ampoules par jour.

Nous effectuons quotidiennement des dosages de sodium et de potassium plasmatiques.

C'est ainsi que le premier jour, après l'intervention, alors que la natrémie reste subnormale, la kaliémie passe à 94 mg %. Puis le chiffre de potassium se relève progressivement (212 mg le 9^e jour).

Le 12^e jour (soit quatre jours après introduction de Cortancyl), on arrête les injections de chlorure de potassium.

Le chiffre de potassium se montre autour de la normale.

Le 8^e jour, après l'intervention, on pratique un dosage des 17 céto-stéroïdes : 4, 8 mg/24 h et des 11 oxycorticoïdes : 0,2 mg/24 h.

SUITES OPERATOIRES

Grâce à cette rééquilibration, les suites sont simples, en particulier aucune ascension thermique, aucun signe de choc malgré une hypotension occasionnelle.

Par contre deux faits ont marqué les suites opératoires et nous ont paru spectaculaires :

- 1° La disparition de la douleur et la récupération du sommeil.



pélargon

LE LAIT EN Poudre LE PLUS MODERNE
POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

Lait entier acidifié additionné de glucides

6 caractéristiques essentielles

- Rapport optimum entre la graisse et les protéines
- Augmentation de l'immunité naturelle
- Propriétés antidyspeptiques
- Parfaite digestibilité
- Action antirachitique et antianémique
- Régularité de la courbe de poids

2° La disparition de la cyanose des téguments et la limitation de la nécrose.

Le malade quitte le service le 25^e jour en excellent état général.

Il a été revu à plusieurs reprises.

Un mois après sa sortie du service il subit une résection du gros orteil gangréné, qui n'avait pas été enlevé au cours de la première intervention.

A cette occasion un syndrome de choc survint qui n'a pu être jugulé que par adjonction au Cortancyl de Néosynéphrine, Cortisone et Doka.

Il a été revu ensuite à plusieurs reprises. Nous avons régulièrement de ses bonnes nouvelles.

CONCLUSIONS

Deux enseignements majeurs nous semblent devoir être tirés :

- Le contrôle relativement aisé du syndrome corticoprive.
- L'action quasi spectaculaire sur deux signes fonctionnels importants : la douleur et la cyanose.

Rappelons que notre propos n'est pas de discuter de l'utilité de la S.B.T. dans les métastases concrètes.

Par ailleurs, il n'est aucunement question pour nous, de la proposer comme intervention de routine dans les artérites des membres inférieurs.

A l'heure actuelle, la connaissance plus étendue des artérites, le diagnostic plus précoce et plus précis des lésions assurent "énorme succès actuel des interventions de dérivation type By-pass avec ou sans artériectomie et contribuent à effacer le pessimisme des mauvais résultats des greffes artérielles dans les artérites.

Cependant les interventions sympathiques, comme l'a souligné avec vigueur FONTAINE, conservent des indications qui ne résultent pas seulement des contre-indications du By-pass. En dehors des thromboses constituées et localisées la sympathectomie demeure indiquée et FONTAINE en a rapporté récemment au XVIII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Munich, les excellents résultats avec une Follow-Up de plus de 15 ans.

Entre ces deux groupes d'interventions, non exclusives, la S.B.T. qui est en quelque sorte une opération sympathique majeure, conserve des indications fort restreintes certes, mais bien précises.

Nous pensons que dans notre pays elles sont plus nombreuses. Les artérites juvéniles que nous voyons sont graves et diffuses, leur

cortège fonctionnel et trophique est très marqué. La rapide évolution ne laisse pas le temps à une thrombose de se localiser et à une circulation de suppléance de s'établir.

Dans ces formes la S.B.T. doit pouvoir redresser des situations bien compromises. Il ne s'agit là, disons-le clairement, que d'une hypothèse de travail qui devra être étayée par des résultats plus conséquents.

Par ailleurs, il n'est pas interdit de considérer les résultats de telles interventions, qui se font de plus en plus nombreuses, comme un argument de plus en faveur de la théorie surrénalienne de l'artériose obliérante spontanée, concept défendu par LERICHE depuis 1924 et qui, après une période de mauvaise presse, jouit actuellement, comme l'écrit FONTAINE, d'un renouveau d'actualité.

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

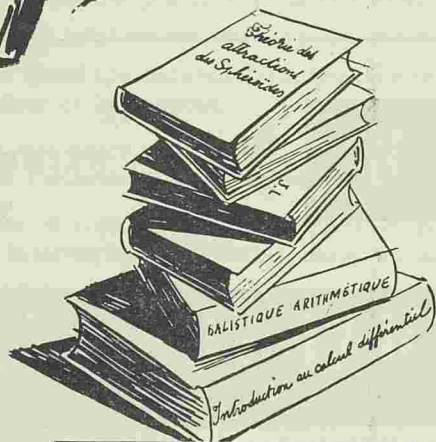
- INTERNE
- EXTERNE

OMNIUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

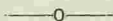
boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

Essais thérapeutiques du R. 1132 dans les diarrhées

par M. COHEN



Un traitement antidiarrhéique qui se veut symptomatique doit répondre à trois exigences :

- 1° Ralentir le transit digestif et réduire le nombre de selles;
- 2° Avoir une action antalgique, mais il ne doit pas transformer les signes cliniques et en particulier ne pas empêcher une contracture d'apparaître ou tout au moins une défense abdominale;
- 3° Ne pas donner d'accoutumance.

Ces trois questions se posaient en particulier pour le R. 1132 qui est un dérivé du Pyrrolamidol, mais ne présente pas son action sur le système nerveux central. Un premier point, l'administration de la drogue, ne crée pas de toxicomanie. Nous avons pu arrêter facilement l'administration sans créer d'état de besoin même après administration prolongée.

I. — ACTION SUR LA DIARRHÉE

La première idée qui vient à l'esprit est d'essayer la drogue dans des cas de diarrhée aiguë, faisant suite par exemple à une intoxication alimentaire. Nous l'avons essayé dans trois cas. Cette action se fit sentir au bout de deux ou trois heures, mais d'une part ce type de malades échappe aux services hospitaliers, d'autre part, elle est difficile à interpréter, car ils sont d'emblée soumis au traitement étiologique, si bien qu'il est impossible de faire la part de ce qui revient au R. 1132.

Plus intéressant est le cas suivant :

— **Madame B...** Gisèle, 34 ans, vient consulter pour une diarrhée apparue depuis 15 jours, diarrhée qui se révéla ensuite être due aux lamblias. En attendant d'une part l'hospitalisation qui ne fut pas immédiatement possible, et le résultat d'examen complémentaires, on lui administra 15 cg en trois prises de 2 comprimés de 2,5 cg de principe actif, les jours suivants elle n'eut que trois selles par jour. Mais la guérison ne fut obtenue qu'avec un traitement étiologique.

Nous avons également obtenu un bon résultat dans un autre cas de diarrhée aiguë au cours duquel le traitement par le R. 1132 fut seul en cause :

— **Madame W...**, présente une cirrhose d'étiologie complexe non

éthylque. Au cours de son hospitalisation elle présenta deux épisodes diarrhéiques : l'un qui dura 8 jours, le deuxième une quinzaine de jours après, qui dura 6 jours. Sous l'action du traitement par le R. 1132, le nombre de selles diminue et en quelques jours tout rentra dans l'ordre; signalons qu'elle était soumise à un traitement cortisonique.

Nous avons également administré le produit dans deux cas de stéatorrhée :

— **Monsieur T... Pierre**, présente depuis 6 mois une diarrhée avec stéatorrhée, six selles par jour et de plus ce syndrome s'aggravait progressivement. Il refuse l'hospitalisation, un premier traitement par l'acide chlorhydrique, la pepsine et des extraits enzymatiques ramènent le nombre de selles à 4. On y ajoute alors le R. 1132, le nombre de selles est réduit à deux par jour et se maintient à ce chiffre après suppression du traitement initialement prescrit.

— **Monsieur R... Camille**, après gastrectomie présenta une diarrhée au long cours qui faisait suite à une période pendant laquelle il se plaignait d'un *dumping*, syndrome précoce. Il fut suivi dans de nombreux services et l'an dernier fut nettement amélioré par un traitement cortisonique. Mais il revint en janvier 1959, le traitement cortisonique qui fut repris fut un échec. Il était fort amaigri, présenta transitoirement des œdèmes des membres inférieurs. Il avait en moyenne 5 à 6 selles par jour. Il fut alors mis au traitement par le R. 1132 après échec du traitement cortisonique. Le nombre de selles diminua progressivement, l'amélioration se faisant sentir au bout de 48 heures. En 8 jours le poids des selles oscillait entre 500 et 800 g, leur nombre de 1 à 2 par jour. Cette amélioration persista pendant les trois semaines pendant lesquelles le traitement fut poursuivi. Depuis le malade a quitté l'hôpital et nous l'avons perdu de vue.

II. — ACTION SUR LE TRANSIT DIGESTIF

En principe une telle drogue devrait agir en ralentissant le transit digestif, mais ce ralentissement se fait-il sentir sur tout le tractus ou à un niveau déterminé. Expérimentalement il pourrait sembler qu'il agisse sur le grêle. Mais il est difficile de le juger en clinique.

L'action sur le transit put être jugée dans un cas net, bien que cette action s'épuisa :

— **Madame B...**, présentait une destruction de son sphincter anal à la suite d'une intervention pour fistule recto-vaginale, cette destruction fut contrôlée électriquement. Le traitement visa à la constiper et à lui administrer des lavements. Dans ce but le R. 1132 lui fut administré pendant 15 jours, 15 cg, les résultats furent bons pendant les huit premiers jours, mais au bout de 15 jours l'effet fut moins bon et

au bout d'un mois, l'action fut nulle et il fallut arrêter la drogue, ce qui put avoir lieu du jour au lendemain sans accoutumance en particulier.

Par contre, une recto-colite hémorragique, a très mal supporté l'administration du produit :

— **Monsieur A...**, avait 5 ou 6 selles par jour, il recevait du Palfium. Celui-ci fut remplacé par le R. 1132, le nombre des selles augmenta, les douleurs devinrent plus intenses, il avait en moyenne 9 selles par jour. Il fallut abandonner l'administration au bout de quelques jours et revenir au Palfium.

Mais le cas inverse se produisit chez une autre recto-colite hémorragique :

— **Monsieur H... Richard**, avait quand il arriva dans le service, une moyenne de 15 selles par jour. L'administration de la drogue ramena le nombre de selles à 4. Au bout de 5 jours, le R. 1132 fut remplacé par le Palfium et le nombre de selles quotidiennes passa à 7 ou 8.

Un résultat douteux fut obtenu dans un cas de diarrhée subaiguë :

— **Monsieur M...**, présentait depuis deux mois une diarrhée de 5 à 6 selles par jour. Les divers examens qui furent pratiqués ne purent mettre en évidence qu'un staphylocoque dans le tubage duodénal. Sous l'influence du traitement et de l'administration du R. 1132 le nombre de selles ne baissa que très modérément, mais il reprit du poids. Il est difficile d'attribuer une action nette à la drogue.

On pourrait penser que l'action se fait sentir surtout au niveau du grêle. Par contre, un essai de traitement d'une iléite par le R. 1132 fut un échec :

— **Monsieur S... Meyer**, a une iléite qui est traitée par le cortancyl qui améliore ses troubles, mais uniquement pendant l'administration du produit. Devant lui faire certains examens et pour ne pas fausser ceux-ci on suspendit pendant plusieurs jours son traitement et on le remplaça par le R. 1132. Pendant ce temps nous vîmes remonter le nombre des selles et atteindre le chiffre de 6 à 7 par jour alors qu'il n'en avait qu'une ou deux par jour. La reprise du traitement cortisonique améliora à nouveau le malade.

III. — ACTION SUR LES DOULEURS

Ce problème est difficile à juger, un certain nombre de nos diarrhéiques ne se plaignaient pas de coliques. Dans l'ensemble, la plupart de nos malades déclaraient qu'ils souffraient moins. Sauf un :

— **Monsieur M...**, qui présentait depuis un an de nombreuses selles

quotidiennes avec envies impérieuses ? L'examen parasitologique révéla des kystes de lamblias, malgré les divers traitements la diarrhée persista et l'administration de R. 1132 ramena le nombre de selles quotidiennes à une, mais la douleur persista pendant et après les selles.

Par contre cette action antalgique ne risque pas, à notre avis, de masquer les symptômes. Ainsi qu'en témoigne un autre cas qui fut un échec, mais justifié :

— **Monsieur T...**, se présentait comme un diarrhémique chronique dont on ne trouvait pas l'étiologie. Il présentait 2 ou 3 selles liquides par jour, mais surtout se plaignait de douleurs intenses depuis six mois qu'il souffrait de son affection. Au début de son hospitalisation en attendant les divers examens de routine on lui administra du R. 1132 pendant trois jours. Le résultat fut absolument négatif, l'administration de la drogue n'empêcha pas un empatement de la fosse iliaque gauche d'apparaître et la clé de l'énigme fut donnée par le lavement baryté qui montra une fistule recto-pelvienne, ce que confirma l'intervention.

IV. — TOLERANCE — DOSES UTILISEES

Mis à part le cas de recto-colite hémorragique que nous avons rapporté, la tolérance du produit fut bonne dans l'ensemble, malgré la variété de nos cas. Pourtant il s'agissait souvent de sujets fatigués comme Madame W... ou Monsieur G... qui souffrait d'un syndrome carentiel complexe chez un gastrectomisé ? Nous n'avons noté aucune éruption, ni signe d'intolérance quelconque.

Les doses usuelles utilisées furent de 6 comprimés par jour en trois prises de deux comprimés dosés à 0,025 g de principe actif. La dose put être ramenée dans quelques cas à trois comprimés au bout de quelques jours.

Nous n'avons jamais noté d'état de besoin après interruption de la drogue qui fut parfois administrée pendant plus d'un mois.

En résumé, s'il est difficile de se faire une opinion exacte, dans l'ensemble ce produit semble intéressant. Il connaît des échecs, mais normaux étant donné la gravité des cas et leur chronicité. Il nous a donné un excellent résultat inespéré dans un cas de syndrome carentiel complexe chez un gastrectomisé. Mais dans la majorité des cas, s'il semble intéressant, il est difficile, étant donné qu'il s'agit d'un traitement symptomatique, de faire la part de ce qui revient au traitement étiologique et de ce qui revient au R. 1132. Pris sous cet angle son intérêt est évident, ainsi qu'en témoignent plusieurs de nos observations que nous avons préféré exposer.

(Travail, Hôpital Saint-Antoine,
Service du Docteur CATTAN).

Société Tunisienne des Sciences Médicales



VENDREDI 3 JUILLET 1959

Communications :

M. Jean DEMIRLEAU : Kyste hydatique vertébral.

MM. Saïd MESTIRI, Maurice COHEN et Monique MULOT : Surrénalectomie bilatérale.

MM. Saïd MESTIRI et Ezzedine ADJERI : Considérations sur 100 cas d'accidents de la circulation routière.

M. Jacques GUEZ : D'une entité morbide méconnue bien que particulièrement fréquente.

M. Charles PÉREZ : Diagnostic précoce et rapide de la grippe type A et B par le laboratoire non spécialisé.

Société Tunisienne d'Ophtalmologie — 2 films :

— La vie de l'œil dans l'organisme du Dr BONNET (10').

— L'embryologie de l'œil : Film présenté par l'Académie d'Ophtalmologie américaine (30').



≡≡≡ MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

Société Médicale d'Afrique Noire de langue française



SEANCE DU 6 JUILLET 1959

L'arrachement radiculaire au cours des élongations du plexus brachial. L'importance du diagnostic précoce pour le traitement orthopédique. (Présentation de malade), par A. CARAYON et J. BLANC.

Parmi 4 cas similaires, les auteurs présentent le dernier d'entre eux.

Dans les élongations du plexus brachial, un examen simple, injection de lipiodol cervical par ponction sous-occipitale sur le sujet couché du côté atteint, la tête légèrement relevée pour créer un angle favorable à la migration du produit, a permis dans 4 cas la mise en évidence d'une pseudo-méningocèle signant l'arrachement radiculaire de la moelle cervicale.

A propos d'un cas de maladie de Kaposi, par M. PAYET, M. SANKALÉ, C. QUÉNUM et A. BOURGEADE.

La maladie de Kaposi n'est pas une rareté sur le continent africain, mais sa répartition géographique n'est pas uniforme : elle est notamment peu fréquente au Sénégal.

A propos d'un cas observé chez un jeune Ouoloff de 20 ans, résidant à Dakar, les auteurs constatent que l'angiosarcomatose de Kaposi dans la race noire frappe le sujet jeune alors que l'âge de prédilection dans la race blanche se situe entre 40 et 70 ans et que les signes biologiques et histopathologiques de cette observation sont des arguments en faveur de la théorie réticulo-histiocytaire de la maladie.

Un an de radiologie gastro-duodénale en milieu africain à Dakar, par M. PAYET, A. PELLEGRINO et V. D'ASSOMPTION.

739 examens radiologiques de l'estomac et du duodénum ont été pratiqués en un an au Service de Radiologie de l'Hôpital A. Le Dantec chez des Africains adultes (2/3 hommes et 1/3 femmes).

Les auteurs constatent la fréquence des ulcères duodénaux (1/5 des malades) et celle des gastro-bulbo-duodénites (1/3 des cas) ainsi qu'une relative fréquence des cancers gastriques avancés (21 cas).

Ils notent la prédominance nette des affections organiques majeures (ulcère et cancer) chez l'homme.

Réflexions sur un voyage en Mauritanie, par H. BOIRON et A. BASSET.

Une enquête épidémiologique faite au cours d'un voyage dans le Trarza-Rosso (Mauritanie) nous a permis de préciser les notions suivantes :

— 15 % des sujets examinés ont une sérologie de la syphilis positive;

- les habitants ont une alimentation équilibrée et ne présentent aucun signe de dénutrition ou de malnutrition;
- et pourtant tous accusent les mêmes modifications de l'équilibre protidique du sérum (chute de l'albumine, augmentation des globulines, rapport A/G abaissé) que l'on retrouve chez les Africains traditionnellement carencés;
- la carence alimentaire en protides n'est donc pas la cause principale de ces perturbations biologiques.

Note sur la Lambliaose à Dakar, par R. J. BAYLET.

L'auteur a pu établir sur près de 5.000 examens de selles que :

- 21 % des enfants européens étaient parasités par *Giardia*;
- 16 % des enfants africains également par *Giardia*;
- ainsi que 6 % des adultes européens et africains.

Empiement du cholédoque par migrations successives de calculs intra-hépatiques. Guérison par sphinctéroplastie et méthode de Pribram, par A. CARAYON, J. DELAHOUSSE, J. ROIGT et J. F. BLANC.

Après une cholécystectomie (vésicule contenant 44 calculs) une exploration du cholédoque montre des images de calculs dans les voies hépatiques hautes. L'intervention se termine par un drain de Kehr. L'injection alcool-éther dans ce drain (méthode de Pribram) amène la chute dans le bas cholédoque de 16 calculs. Ils sont enlevés avec facilité par sphinctéroplastie et la radiographie vérifie la liberté du bas cholédoque. Migration nouvelle de 4 nouveaux calculs. La méthode de Pribram évacue 3 de ceux-ci très rapidement, le plus gros seulement au bout de 15 jours. Ablation du drain de Kehr. La malade, suivie pendant plusieurs mois, n'a pas présenté de nouvelles migrations.

Répartition du cancer primitif du foie au Sénégal, par M. PAYET, M. MOULANIER et HEUBNER.

Contribution à l'étude des fonctions de coagulation chez l'Africain. Test de coagulation-dilution, par R. J. BAYLET.

L'auteur a noté les aspects particuliers de la courbe de coagulation-dilution chez l'Africain sain. Il pense que l'hypercoagulabilité des sangs est liée aux variations quantitatives des lipoprotéines sériques.

Réactions osseuses crâniennes au cours des atrophies cérébrales, par H. COLLOMB et collaborateurs.

Lacune pariétale droite chez un enfant de deux ans, consécutive à un traumatisme subi à l'âge de quatre mois.

L'intervention montre une cavité kystique en rapport avec une atrophie cérébrale considérable.

Discussion pathogénique.

LIVRES REÇUS.

Camille LIAN : « **Le Cœur** ». Tome II : (Les maladies organiques du cœur). Un vol. 13,5 x 21, 278 pages, 19 figures. Prix : 2.000 francs. Expansion Editeur. Paris.

VIENT DE PARAÎTRE.

LE LIVRE BLANC 1959 (Formulaire médical). Aux Ed. Henri Perrier, 3, rue Aubriot, Paris-4^e. Prix à nos bureaux : 1.500 francs. Contre mandat préalable ou virement postal : 1.680 francs (C.C.P. 9727 74 Paris).

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 — Répertoire alphabétique des Laboratoires dont les noms sont 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.

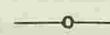


« **LES MONOGRAPHIES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES** »

La Revue mensuelle de l'omnipraticien

30, Rue des Saints-Pères, Paris-7^e - CCP : Paris 3470-05

Directeur-Rédacteur en Chef : Dr Jean Garnier



Les Moyens thérapeutiques en Cardiologie (Pr Broustet, Drs Bricaud et Cabanieu)	300 Fr.
Gynécologie, fasc. 4 mis à jour (Dr Zara) — « Les troubles fonctionnels du cycle génital »	300 Fr.
Gynécologie, fasc. 5 mis à jour (Dr Salvanet) — « Les affections de la vulve, du vagin et de l'utérus »	300 Fr.
L'Asthme (Dr Jacquelin) — « Conceptions actuelles »	300 Fr.
Pédiatrie, fasc. 4 (Pr Julien Marié, Dr Eliachar) — « Cardiologie, Gastro-Entérologie »	300 Fr.

Manuel de Rhumatologie , fasc. 2 (Pr Ag. Ruffié et Dr Fournié) — « Les Rhumatismes inflammatoires »	300 Fr.
Thérapeutique Ophthalmologique (Pr Ag. Offret, Drs Lombard et Clop)	300 Fr.
Guide pratique de Phytothérapie , fasc. 2 (Dr Fruictier) — « Appareil respiratoire, appareil digestif, foie et voies biliaires »	300 Fr.

« MONOFILMS »

(L'iconographie du spécialiste)

—o—

L'Artériographie vertébrale (Dr Bories) (42 clichés)	900 Fr.
Le Cancer broncho-pulmonaire (Pr Ag. Lamy, Pr Ag. Larcen, Dr Pierson) (170 clichés)	1.500 Fr.
Les Adénopathies médiastinales (Pr Jarniou, Drs Moreau et Garrigou) (59 clichés grand format)	1.500 Fr.
La Chirurgie plastique en Dermatologie (Dr André Gaté) (82 clichés grand format)	1.500 Fr.

—o—

Infections Rhino Sinusiennes

ADULTES **BENZO DODECINIUM** 0,25%

ENFANTS **PROPIONATE de SODIUM** 2,50%

GOUTTES O.R.L. EN NEBULISEUR

LABORATOIRES **CHIBRET** CLERMONT-F⁹ PARIS



TUNISIE. — Ets COHEN-JONATHAN : 55, A. de Londres — TUNIS

INFORMATIONS.

FONDATION A. DE ROTHSCHILD

Conférences et Démonstrations sur :

**LA STANDARDISATION ET L'ACCELERATION DES EXAMENS
BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES ET A BUT PREVENTIF**

Du 12 au 16 octobre 1959 : Première série

Du 4 au 9 janvier 1960 : Seconde série

Tous les jours de 14 à 17 heures

par A. SUCHET



Ces séances d'étude avec discussions sont destinées plus particulièrement aux Chefs de Laboratoires, des Hôpitaux, des Services de Médecine Sociale, des Centres de Transfusion, etc...

PREMIER JOUR

- L'intérêt du dépistage systématique d'états pathologiques encore inapparents mais à évolution grave.
- L'étude des difficultés qui s'opposent au travail correct en série.
- L'unification du prélèvement et des moyens de contention.
- La suppression de l'hémolyse des échantillons de sang.
- Le classement des échantillons sans marquage et la suppression des manipulations individuelles des tubes.
- L'accélération des répartitions des liquides.
- La centrifugation d'un grand nombre d'échantillons sans déclassement.

DEUXIEME JOUR

- Un ensemble de 10 réactions à partir d'un cc de sang.
- La sédimentation sanguine en série, directement dans les tubes calibrés de prélèvement.
- La recherche de l'anémie par l'hématocrite sur 200 échantillons en 10 minutes.
- La détermination des groupes sanguins en 1/2 heure pour 100 échantillons.

TROISIEME JOUR

- La sérologie de la syphilis : 400 réactions sur 100 échantillons en 2 heures.

- Définition statistique et individuelle de la valeur des réactions. Le contrôle annuel des antigènes.
- Réactions quantitatives par dilution progressive, à réalisation rapide.

QUATRIEME JOUR

- Recherche des antistreptolysines sur 100 échantillons à la fois en 1/2 heure.
- Recherche en série des lipoprotéines pour le diagnostic précoce de la pré-athéromatose.
- Le sucre urinaire, l'albumine et le sang urinaire en série.
- Prothrombine. Test à l'héparine. La mesure de la viscosité sanguine en série.

CINQUIEME JOUR

- Numération accélérée des éléments figurés du sang.
- Contrôle de la leucocytose par la sédimentation et de l'anémie par l'hématocrite.
- Organisation de Laboratoires spéciaux d'examens systématiques préventifs, hospitaliers ou non.
- La microradiophoto. Rendement et présentation d'un appareil.
- Lavage mécanique de la verrerie. Classement des réactifs.

Le nombre des participants est limité. Droits d'inscription : 5.000 francs. Au Laboratoire : 56, Avenue Mathurin Moreau, Paris-19^e. Téléphone : NOR. 63.63.

PRIX INTERNATIONAL « NICOLO' CASTELLINO »

La Fondation « Nicolo' Castellino » institue un Concours international, doté d'un prix de un million de liras italiennes, pour un travail original et inédit de Médecine du Travail (à caractère rigoureusement scientifique).

La date limite est fixée au 31 mars 1960.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat de la Fondation I.N.A.I.L., Via IV Novembre, 144, Roma.

PETITE ANNONCE

Cède urgence Cabinet Médecine Générale. Tenu 21 ans. Local. 10.000 habts. Banlieue Sud de Lyon. Radio. Beau Lgt. Ecr. Létanche, 63, rue Pt-Herriot, Lyon.

CHRONIQUE DE L'O.M.S.**LES VACCINATIONS EXIGÉES DES VOYAGEURS
INTERNATIONAUX**

De quels certificats de vaccination faut-il se munir pour voyager à l'étranger ? On trouvera désormais la réponse à cette fréquente question dans une nouvelle publication de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), intitulée : « Certificats de Vaccination exigés dans les voyages internationaux ». Cette publication, que seront appelées à consulter souvent les agences de voyage, dresse la liste des vaccinations exigées aux frontières de quelque 180 pays et territoires, de Aden à Zanzibar.

Les voyages terrestres, maritimes et aériens sont soumis au Règlement Sanitaire International, promulgué par l'OMS en 1952. Il contribue à assurer, en imposant un minimum d'entraves au trafic international, un maximum de sécurité contre la diffusion des maladies épidémiques. Il stipule notamment que des certificats de vaccination ne peuvent être exigés des voyageurs que dans le cas de trois maladies : choléra, variole et fièvre jaune. Leur nécessité varie toutefois selon les pays d'origine et de destination du voyageur, et l'itinéraire qu'il se propose de suivre.

Ainsi, en République Arabe Unie notamment, les certificats de vaccination contre ces trois maladies quaranténaires sont exigés actuellement des seuls voyageurs en provenance de circonscriptions infectées ou de zones d'endémicité.

Variole.

Dans plusieurs pays de la Méditerranée orientale (Aden, Arabie Saoudite, Bahrein, Chypre, Ethiopie, Iran, Koweït, Soudan, Somalie) le certificat de vaccination contre la variole est exigé des voyageurs originaires de tous les pays — indemnes ou non. En République Arabe Unie (Provinces égyptienne et syrienne), en Irak, en Jordanie, en Libye et en Tunisie, ce certificat n'est en revanche requis que des voyageurs en provenance de circonscriptions infectées.

Choléra.

Le certificat de vaccination contre le choléra est exigé, dans la plupart des pays de la Méditerranée orientale, des seuls voyageurs originaires du Pakistan, de l'Inde et de toute circonscription momentanément infectée. Les voyageurs qui quittent l'un ou l'autre de ces territoires à destination de la Province égyptienne de la RAU, doivent notamment être munis d'une telle pièce.

La vaccination contre le choléra est recommandée aux voyageurs qui s'apprentent à gagner l'Inde et le Pakistan, dont divers secteurs sont périodiquement le théâtre de flambées épidémiques de cette affection.

Fièvre jaune.

Enfin, dans la plupart des pays de la Méditerranée orientale où la présence de moustiques susceptibles de colporter la fièvre jaune constitue une menace potentielle, le certificat de vaccination contre cette maladie est exigé de tous les voyageurs en provenance des sec-

teurs infectés et des zones d'endémicité amarile. Aussi la vaccination contre la fièvre jaune est-elle recommandée aux voyageurs qui se rendent des pays réceptifs dans ceux dont le territoire se situe dans une telle zone d'endémicité.

Le livret jaune de vaccination — le Certificat International de Vaccination de l'OMS — est aujourd'hui connu dans le monde entier, et il est souvent aussi indispensable au voyageur que son passeport.

NOTE. — Des renseignements sur les certificats de vaccination exigés dans les voyages internationaux, peuvent être obtenus auprès de la Section Epidémiologique et Statistique du Bureau régional de l'OMS, à Alexandrie (Tél. 30090).

— 0 —

NOUVEAU PRODUIT

PLEXONAL

L'hypnotique qui réapprend à dormir

— 0 —

2 à 4 dragées le soir au coucher

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

— 0 —

Dépositaire Général :

O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

LA PSYCHIATRIE A L'ORDRE DU JOUR

LES MALADIES MENTALES
NE SONT PLUS DES MALEDICTIONS

par le Dr Paul SIVADON,

Vice-Président de la Fédération Mondiale
pour la Santé Mentale.

La Journée Mondiale de la Santé (7 avril) est célébrée cette année sous le signe de la santé mentale. Elle offre l'occasion de susciter auprès du public un regain d'intérêt pour le mouvement d'hygiène mentale, qui a connu récemment, avec la recrudescence des troubles psychiatriques dans de nombreux pays industrialisés ou en voie de l'être, un remarquable essor.

Mais quelles sont au juste les conceptions et les thérapeutiques nouvelles qui ont contribué, au cours des trente dernières années, à un tel essor ? C'est ce que nous apprend, dans l'article qui suit, le Docteur Paul Sivadon, Vice-Président de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale, qui passe notamment en revue les modernes traitements dont le succès a dépourvu les maladies mentales de leur angoissante réputation d'incurabilité et a profondément modifié l'attitude du public à l'égard de ce qu'il considère comme « l'un des problèmes médico-sociaux les plus importants du siècle ».

« Les maladies mentales, précise le Docteur Sivadon, sont à la fois les plus curables et les plus désespérantes de toutes les maladies ». Les plus curables, parce que si elles sont décelées à temps, un traitement actif et persévérant ouvrira la voie de la guérison. Les plus désespérantes, parce que si on n'agit pas rapidement, la maladie devient un mode habituel de comportement, puis une façon pathologique d'exister : le malade « s'installe dans sa maladie », qui devient comme la condition même de son existence.

Lorsque, encore étudiant, je confiai à mes maîtres mon désir de m'orienter vers la spécialité psychiatrique, l'un d'eux, clinicien réputé très recherché par la clientèle, s'esclaffa : « Vous n'y pensez pas, les malades mentaux sont une rareté, j'en ai rencontré trois dans ma carrière et n'ai rien pu faire d'autre que de les mettre à l'asile : ils y sont encore ». Quelques mois plus tard, je pénétrai dans l'étrange monde des « asiles d'aliénés », comme on disait alors. Et j'appris bien vite que des milliers et des milliers de malades vivaient dans ces mornes institutions, coupés du monde, souvent abandonnés de tous, subissant parfois de bizarres traitements, inutilement pénibles, car presque toujours inefficaces.

Rares, les malades mentaux ? Dans les pays occidentaux, plus du tiers des lits d'hôpitaux sont occupés par eux. Et si mon vieux maître avait pu passer toute sa carrière sans presque en rencontrer, c'est qu'on les considérait naguère encore, non point comme des malades, mais comme des « aliénés » — des aliénés, c'est-à-dire des êtres étrangers au monde normal et qu'il convenait de séparer de la société bien avant que de songer à les traiter. Seuls les psychiatres, confinés dans les asiles avec leurs patients, avaient la possibilité de les connaître. Et quand on les leur conduisait, ils étaient déjà parvenus à un tel degré de maladie que leurs chances de guérison étaient pratiquement nulles.

MAISON
DE REPOS

TICS

SPASMES

ANXIÉTÉ

ANGOISSE

INSOMNIE

ÉMOTIVITÉ

DÉSÉQUILIBRE
DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTAL

*ils sont tous
justiciables du*

SYMPATHYL

Comprimés : 3 à 8 par jour

Gouttes : 20 gouttes = 1 comprimé

Cercle vicieux.

Cependant, quand on interrogeait les familles de ces malades, on s'apercevait qu'ils avaient déjà consulté de nombreux médecins avant d'être conduits à l'asile. On avait traité leur foie, leurs glandes, leur système nerveux sympathique. On n'avait pas vu qu'une maladie mentale s'annonçait. La famille, de son côté, refusait d'envisager cette hypothèse. Lorsque l'évidence était là, on se hâtait de la dissimuler.

Ainsi s'explique cette fausse apparence de rareté des maladies mentales : longtemps on ne les reconnaît pas, puis, dès qu'elles se manifestent de façon certaine, on les cache.

Parce qu'on ne les reconnaît pas à temps, et aussi parce qu'on les cache, trop souvent elles ne guérissent pas. Et parce qu'elles ne guérissent pas, on les dit incurables et pour cette raison, elles font peur. Mais c'est parce qu'elles font peur qu'on ne veut pas les reconnaître et qu'on s'évertue à les cacher,

Tel est le dramatique cercle vicieux dans lequel trop longtemps la psychiatrie s'est trouvée enfermée. Et l'on comprend les préjugés dont elle était l'objet, préjugés qui s'étendaient aux médecins qui se consacraient à son étude.

Naguère encore, le psychiatre était considéré comme un curieux personnage consacrant son activité à décorer de noms savants les diverses formes de la folie et à élaborer de ténébreuses théories dont il discutait en termes hermétiques avec ses collègues dans d'ésotériques assemblées. Il arrive parfois encore qu'on soit tenté de le considérer avec quelque appréhension. Sait-on jamais ? Lui qui sait si bien dépister les moindres signes de folie, ne s'aviserait-il point d'en découvrir chez ceux qui, en toute innocence, s'en croient indemnes ?

Et il faut bien reconnaître que de tels personnages n'étaient pas exceptionnels il y a trente ou cinquante ans.

Ils ne sont plus incurables.

Le psychiatre d'aujourd'hui a mieux à faire qu'à se livrer à ces jeux. En trente ans, des techniques nombreuses et précises ont été élaborées, qui ont fait de la psychiatrie une des disciplines les plus efficaces dans l'art de guérir.

En 1922, on considérait la paralysie générale comme incurable. Quelques années plus tard, grâce à la généralisation de la malaria-thérapie (traitement par la fièvre paludéenne), près de la moitié guérissaient. Aujourd'hui, grâce au traitement précoce de sa cause (la syphilis), cette terrible affection a pratiquement disparu.

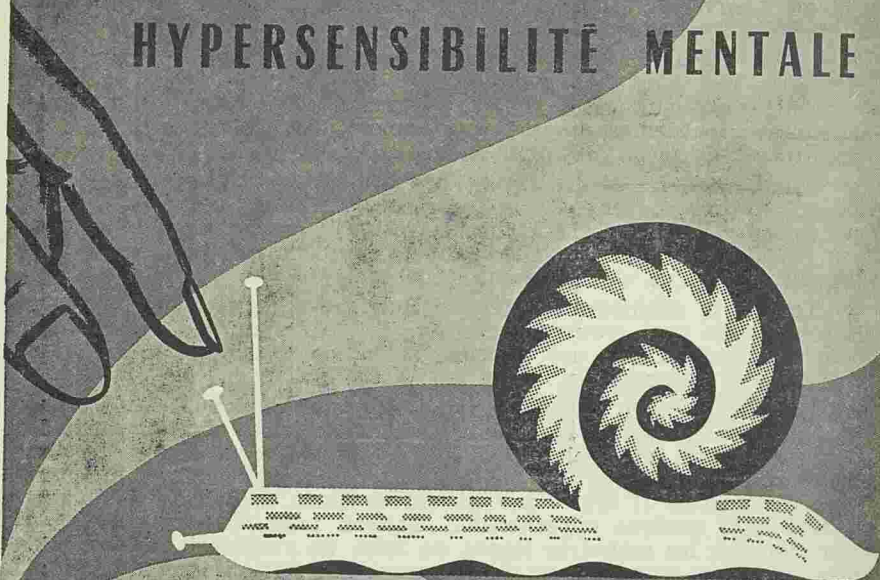
Les délires aigus, infectieux ou toxiques qui, lorsqu'ils n'entraînaient pas la mort, étaient souvent suivis de désordres mentaux graves, sont aujourd'hui jugulés en quelques heures.

La mélancolie, affection meurtrière au premier chef, en raison des suicides et même des meurtres dont elle est souvent cause, peut être guérie en quelques jours par les méthodes de choc.

Est-ce à dire que les maladies mentales aient livré tous leurs secrets ? Hélas ! la plupart restent fort mystérieuses et l'une des plus fréquentes, la schizophrénie, pose encore mille énigmes.

Mais nous pouvons plus que nous ne savons. Et dès à présent la preuve est faite de l'indiscutable efficacité des thérapeutiques psy-

HYPERSENSIBILITÉ MENTALE



COVATINE

(N 68)

DÉCONTRARIANT

**REPLACE LES ÉVÈNEMENTS
DANS LEUR JUSTE PERSPECTIVE**

50 dragées à 0,05 g - Prix cl. 4

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES A. BAILLY - 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8^e

chiatriques. Encore faut-il que ces thérapeutiques soient appliquées de façon précoce et dans des conditions satisfaisantes.

La précocité du traitement est essentielle. Les statistiques montrent que la très grande majorité des maladies mentales sont curables si elles sont convenablement traitées dans les premières semaines ou les premiers mois de leur apparition. Après six mois, les chances de guérison diminuent dans de fortes proportions pour devenir minimales après quelques années d'évolution. C'est dire à quel point est important un diagnostic précoce et l'institution rapide d'un traitement spécialisé. C'est dire aussi à quel point est préjudiciable cette crainte du psychiatre à laquelle je faisais allusion plus haut. Le psychiatre n'est trop souvent appelé à examiner le malade que lorsque les troubles mentaux sont installés depuis longtemps déjà.

Signes précurseurs.

Alors même qu'il est amené à intervenir dès le début d'un épisode aigu, il lui est souvent difficile de retrouver, par l'interrogatoire, les signes précurseurs qui auraient pu faire suspecter l'imminence de la maladie.

Interrogé sur le point de savoir si les troubles ont débuté brusquement, la famille donne habituellement des réponses contradictoires. Après avoir affirmé que rien ne laissait prévoir le trouble mental, elle reconnaît que, depuis plus ou moins longtemps, le sujet « n'était plus le même », ou encore qu'il était traité depuis quelque temps « pour de la fatigue », « pour une affection hépatique », etc...

En fait, il existe toujours, au cours des mois ou des années qui précèdent l'écllosion des troubles, des signes de souffrance des fonctions nerveuses supérieures. Mais ces signes, parce qu'ils s'apparentent à des mécanismes de défense banaux, sont habituellement mésestimés par l'entourage, et très souvent rapportés par l'intéressé à des causes diverses : surmenage, affection digestive ou cardiaque, etc.

La plupart de ces signes sont en effet d'une parfaite banalité. Ils ne prennent d'importance et de valeur que par leur groupement et surtout par leur succession au cours du temps, ainsi que par leur place parmi les épisodes de l'existence du malade.

De même qu'une fièvre, un amaigrissement, une perte d'appétit, une toux peuvent être sans signification grave, ou, tout au contraire, laisser présager une atteinte organique sérieuse, de même une douleur de tête, une fatigue inexplicquée, une modification de caractère, un trouble du sommeil, des difficultés de mémoire, une baisse de rendement du travail, doivent alerter la sagacité du clinicien pour faire le départ entre un malaise sans importance et un syndrome précurseur de troubles mentaux. Traitée préventivement à ce stade, la maladie mentale a bien des chances d'être évitée. Si elle apparaît malgré tout, des soins immédiats en atténueront la gravité.

Mais tout autant que sa précocité, ce sont les conditions techniques du traitement qui font sa valeur.

Atmosphère thérapeutique.

Le malade mental est un sujet dont les fonctions d'adaptation au milieu sont perturbées. Il convient, dès l'abord, dans la majorité des cas, de le placer dans des conditions de vie artificiellement dépouillées des exigences habituelles du milieu social. Tel est le premier

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais

Traitement
NOUVEAU



COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL

INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÈGLES DOULOUREUSES



ACTION IMMÉDIATE

Phenacétine	0,14
Cofeine	0,04
Ac Acetyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P.H.R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

objectif de l'hospitalisation. Encore faut-il que le milieu hospitalier réponde à cette nécessité.

Dans d'autres cas, surtout si la maladie a été dépistée à temps, l'hospitalisation pourra être évitée, et le traitement effectué dans une consultation externe.

Le milieu hospitalier psychiatrique doit par lui-même représenter une collectivité thérapeutique, c'est-à-dire un milieu social artificiel sollicitant les fonctions adaptatives restées saines dans la personnalité du malade et permettant la mise au repos d'abord, puis la rééducation des fonctions adaptatives perturbées. Des activités de groupe correspondant aux capacités du plus grand nombre, sinon de la totalité des malades, doivent y être organisées. Ces activités, sous forme de jeux, de moyens d'expression plastiques ou artistiques, de sport, de travaux artisanaux, de cours et de conférences, doivent, de préférence, résulter de l'initiative des malades eux-mêmes, de telle sorte qu'elles correspondent aussi exactement que possible à leurs besoins. C'est l'art du thérapeute de favoriser, souvent par un maniement délicat de l'opposition, de l'hostilité, voire de l'agressivité des malades, la reprise de leur intérêt pour le monde environnant et l'évolution de leurs attitudes pathologiques vers des activités utiles. Il faut pour cela pouvoir disposer de médecins nombreux, de psychologues, de moniteurs et d'infirmiers longuement formés à cette discipline.

Traitements psychiatriques.

L'atmosphère thérapeutique étant réalisée, des techniques plus précises peuvent être appliquées avec profit, et, parmi elles, les diverses psychothérapies. Citons aussi les méthodes de choc :

a) Le choc insulinique ou insulinothérapie a été imaginé par un médecin autrichien, le Docteur Sakel, en 1933. La méthode consiste à injecter des doses croissantes d'insuline jusqu'à provoquer un coma que l'on fait cesser en faisant absorber du sucre. L'on répète les séances chaque jour pendant plusieurs semaines. La personnalité du malade, effondrée de façon transitoire par le coma, a tendance, au réveil, à se reconstruire de façon plus normale.

b) Le choc électrique ou électrochoc a été mis au point par deux médecins italiens, les Docteurs Cerletti et Bini, en 1937. Il consiste à provoquer une brusque perte de conscience accompagnée de convulsions, par le passage d'un courant électrique à travers le cerveau pendant une fraction de seconde. Là encore, il s'agit d'un effondrement transitoire de la personnalité s'accompagnant de modifications importantes des humeurs, souvent suivi d'une restauration des fonctions psychiques troublées, particulièrement dans les cas de mélancolie. Un certain nombre de variantes ont été introduites ces dernières années, qui rendent cette technique à la fois moins brutale et plus largement efficace (électronarcoses, etc.).

Citons encore les narcothérapies. Les unes, de brève durée, encore appelées narco-analyses, consistent à injecter un anesthésique par voie intra-veineuse de façon à lever les inhibitions du sujet et même à le plonger dans un monde subconscient, lui permettant d'exprimer, de revivre, et par là même de se libérer de préoccupations douloureuses et parfois de complexes plus profonds.

D'autres consistent à plonger le sujet dans le sommeil à l'aide de narcotiques divers, pendant 16 à 20 heures par jour et ceci durant 15 à 20 jours, de façon à mettre au repos les fonctions nerveuses surmenées et à favoriser, vraisemblablement par le truchement du ré-

ve, la rééquilibration de la vie émotionnelle. C'est ce que l'on désigne sous le nom de cure de sommeil.

Nouveaux médicaments.

Des médicaments récents, la chlorpromazine et la réserpine, et bien d'autres que les chimistes découvrent en grand nombre, paraissent agir de façon analogue. Elles semblent mettre au repos, de façon élective, les systèmes fonctionnels les plus habituellement atteints dans les maladies mentales. Des cures prolongées permettent parfois, sans qu'il soit besoin de provoquer le sommeil artificiel, de véritables résurrections. Dans la plupart des cas tout au moins, ces médications ont raison des symptômes les plus pénibles des maladies mentales tels que l'agitation, l'anxiété, l'agressivité, etc.

Reste à parler des techniques chirurgicales, englobées sous le nom de **psychochirurgie**. Elles consistent à supprimer des liaisons nerveuses (leucotomie) ou des zones de l'écorce cérébrale (topectomie) paraissant être le support anatomique des systèmes fonctionnels perturbés. Et ces techniques permettent parfois des guérisons spectaculaires, hélas ! souvent transitoires.

Il est certes bien d'autres méthodes thérapeutiques valables dans des cas plus précis. Mais dans l'ensemble, on le voit, les thérapeutiques psychiatriques actuelles sont rarement spécifiques, c'est-à-dire qu'il n'existe pas un remède déterminé pour une maladie déterminée. Ces diverses techniques doivent souvent être associées les unes aux autres. Non seulement elles ne s'opposent pas, mais elles se complètent utilement.

Guérison en quelques semaines.

Quels résultats peut-on en attendre ? Ils varient, bien sûr, suivant l'importance et l'ancienneté des troubles. Dans l'ensemble, leur application, coordonnée de façon cohérente dans des conditions techniques satisfaisantes, permet actuellement de rendre à la vie sociale 70 à 80 % des malades mentaux. Il y faut souvent du temps, des mois et des années. Mais, dans beaucoup de cas, il suffit de traitements relativement brefs. Une mélancolie guérit bien souvent en quelques semaines, voire en quelques jours.

La moyenne de durée de séjour, pour les malades qui guérissent, s'établit aux environs de quatre mois. Si l'on se rappelle qu'il y a seulement quelques années, on ne pouvait escompter que 30 % de guérisons et que ces malades demandaient en moyenne plus d'un an pour guérir, on voit les progrès accomplis. Il reste beaucoup à faire; quoi qu'il en soit, dès à présent, on doit savoir que la psychiatrie guérit.

Répétons-le : nous savons encore très peu sur le mécanisme intime des maladies mentales, mais le peu que nous avons nous permet d'agir. A son début, la maladie mentale n'est qu'un trouble fonctionnel qu'il s'agit de traiter avant qu'il n'ait eu le temps de se transformer en un mode habituel de comportement. Par la suite, elle représente une façon pathologique d'exister. Comme on l'a dit, le malade « s'installe dans sa maladie » qui devient comme la condition même de son existence. Les maladies mentales sont donc à la fois les plus curables et les plus désespérantes de toutes les maladies.

Nul n'est à l'abri.

Leur nombre augmente chaque année à mesure que s'accroissent et se modifient de façon trop rapide les exigences de la vie sociale. Elles constituent une charge écrasante pour la collectivité et une source abondante de détresses morales bien souvent ignorées. Mais à mesure que leur fréquence se multiplie, des armes nouvelles sont forgées par la science, qui permettent chaque jour davantage de les prévenir et de les guérir.

Il n'est plus possible aujourd'hui d'ignorer, comme mon vieux maître de naguère, que les maladies mentales représentent un des problèmes médico-sociaux les plus importants de ce siècle. En revanche, la peur qu'elles inspiraient, parce qu'on les croyait incurables, a perdu sa raison d'être. Nul n'est à l'abri de leur atteinte, mais cette atteinte désormais n'est plus une malédiction sans appel. Elle commande simplement la mise en œuvre rapide d'un traitement actif et persévérant qui, le plus souvent, ouvrira bientôt les voies de la guérison.

Que la nuit est longue...
sans
NEURINASE

VALÉRIANE STABILISÉE + BARBITAL A DOSE FAIBLE

ADULTES SOLUTION : 1 à 4 c. à c. ou COMPRIMÉS 1 à 2 DRAGÉES
SUPPOSITOIRES "A" : 1 ou 2 au coucher ou SUPPOSITOIRES "E" } PAR 24 h.

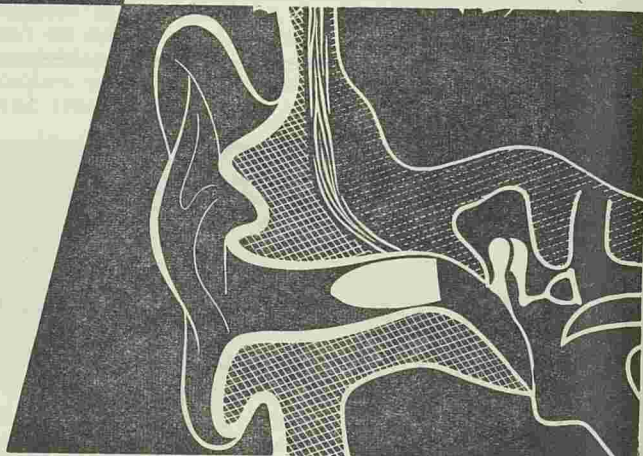
ENFANTS

LABORATOIRES GÉNÉVRIER, 45, Rue M.-Michells, NEUILLY (Seine)

OTOCONES

UNE NOUVELLE FORME
THERAPEUTIQUE
EN OTOLOGIE

CRÉÉE PAR LES
LABORATOIRES
CHIBRET



4
Avantages

- ACTION OPTIMA PAR CONTACT PROLONGÉ AVEC LES LÉSIONS
- DIFFUSION RETARD AU SEIN DE CES LÉSIONS
- FONTE RAPIDE ET RÉSORPTION TOTALE DE L'EXCIPIENT
- TOLÉRANCE PARFAITE

			TABEAU	PRIX FRANCE	S. S.	A. M. G. COLLECTIVITÉS
OTOCONES AU BENZO-DODECINIUM	3‰	Otitis chroniques Otitis externes circonscrites ou diffuses		cl. 3	+	
OTOCONES AU CHLORAMPHÉNICOL STREPTOMYCINE (dihydro)	1‰	Otitis chroniques avec écoulement purulent Otitis externes	C	cl. 4	+	+
OTOCONES A L'HYDROCORTISONE	2‰	Otitis catarrhales Eczémas et prur' de l'oreille	A	cl. 12	+	

TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Avenue de Londres - TUNIS

PRIX CHIBRET 1960

(Douzième année)

Ce prix de 200.000 francs, fondé en mémoire du Dr Paul Chibret est décerné chaque année à l'auteur d'un mémoire ou d'une thèse intéressant l'**Ophthalmologie**.

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.

Des 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^{er} février 1957 et les mémoires non inédits devront avoir été publiés depuis le 1^{er} février 1958.

Le bénéficiaire de ce Prix sera désigné par un jury constitué par le Comité et le Secrétaire Général de la Société Française d'Ophthalmologie.

Ce Prix devant être décerné au moment du Congrès annuel de la Société Française d'Ophthalmologie, en mai 1960, les mémoires établis en 5 exemplaires devront parvenir avant le 1^{er} février 1960 au Secrétaire Général de la Société Française d'Ophthalmologie : Pr. Ag. Guy Offret, Hôpital Cochin, Pavillon Sicard, 27, Fg Saint-Jacques, Paris-14^e.

Les mémoires ne seront pas rendus.



LIGUE CONTRE LE TRACHOME

MEDAILLE D'OR CHIBRET 1960 (200.000 Fr.)

Réservée aux travaux concernant la Pathologie et la Thérapeutique du TRACHOME

La Médaille d'Or Chibret, d'une valeur de 200.000 francs sera décernée pour la huitième fois au cours de l'Assemblée Générale qui aura lieu le 20 avril 1960, pendant le 1^{er} Congrès de la Société Européenne d'Ophthalmologie à Athènes. 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. (Pr G. B. Bietti), des Vice-Présidents, du Secrétaire pour la Communauté, 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 de thérapeutique 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 ou 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^{er} janvier 1960 au Secrétaire Général de la Ligue : Dr Jean Sédan, 94, rue Sylvabelle à Marseille (B. du R.). Tél. Dr 37-55.

Ed. du CAROUIS

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 Ph¹, 74, r. des Rondeaux - PARIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS
Imprimerie BASCONE & MUSCAT — 41, Av. de Londres — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture :

{ Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI.

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et Dr A. KHALFAT.

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

BIS - KA - MA

TRAITEMENT LOGAL, 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 recte colique (granulé pour lavement)

Laboratoires **S. I. T. S. A.**, 15, rue des Champs, Asnières (Seine)

Agent pour la Tunisie : **V. BISMUTH**, 4, Rue de Strasbourg — TUNIS

Produit remboursable par les Assurances Sociales
(Arrêté du 31 août 1949)

Une vraie solution de Corticostéroïde...

Solucort

21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODONECINIUM

ALLERGIE NASALE

ASTHME (AEROSOLS)

ALLERGIE OCULAIRE

LABORATOIRES

CHIBRET

CLERMONT-FD - PARIS



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

SOMMAIRE

—0—

Gamma-globulines et anticorps. — Applications thérapeutiques,
par P. CAZAL 527

Tuberculose et troubles graves du transit du grêle,
par R. TÉDESCHI 553

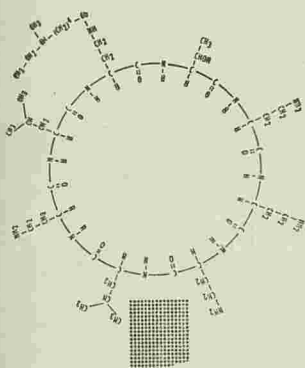
*Le diagnostic rapide de la grippe type A ou B par le laboratoire
de biologie clinique,*
par Charles PÉREZ 557

Analyse,
par le Dr KHALFAT 563

Livres reçus 564

Carnet 565

Information : Académie américaine des pneumo-physiologues . . 566



**Le plus puissant des antibiotiques
contre les germes Gram-négatifs,
colibacille, pyocyanique.**

colimycine



COMPRIMÉS 250.000 U. flacons de 30
1.500.000 U. flacons de 10

FLACON-AMPOULE 500.000 U.
1.000.000 U.



LABORATOIRE ROGER BELLON - NEUILLY - PARIS

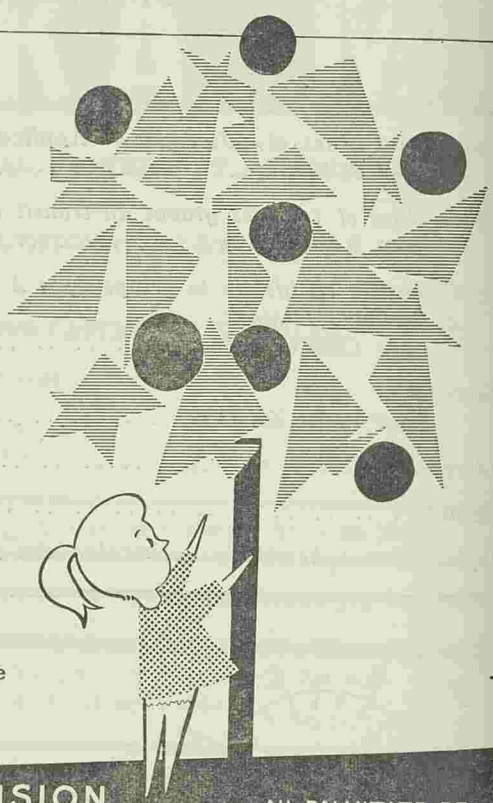
TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS



STABLE
PRÊTE A L'EMPLOI
GOUT DÉLICIEUX DE
FRAMBOISE ET D'ABRICOT



Toutes les indications
du Chloramphénicol en Pédiatrie



SUSPENSION AU PALMITATE DE
CHLORAMPHÉNICOL
A 3,65% SARBACH

*
REMBOURSÉE A 90 %
PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
AGRÉÉE PAR L'A. M. G.
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITÉS

PC. 14

ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPBARMA — 4, Pas, d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

LAMARCLYON - 24



...comme

Vitamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

homologué et remboursé par la S. S.

OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

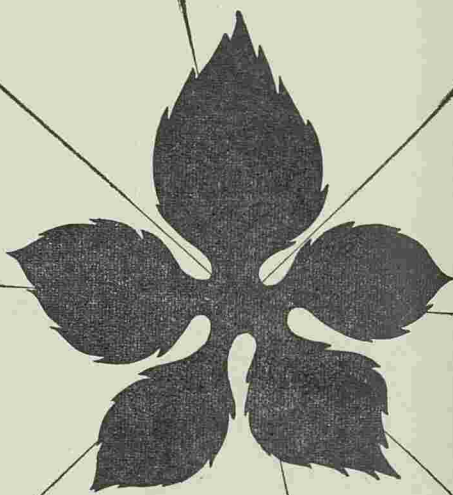
Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations vasculaires.

Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.



A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.

1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.

LABORATOIRES

Biosedra

S. A., 28, RUE FORTUNY - PARIS-17^e - TÉL. CAR. 20-22, 23

USINE A MALAKOFF

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

Gamma-Globulines et Anticorps Applications Thérapeutiques

par P. CAZAL

Le plasma humain, tout comme celui des animaux, contient des protéines particulières, caractérisées par les méthodes physico-chimiques comme globulines et plus spécialement gamma-globulines, qui sont le support des anticorps connus depuis longtemps par les immunologistes. La fusion de nos connaissances physico-chimiques et immunologiques a permis, au cours de ces vingt dernières années, de mieux préciser la nature exacte des anticorps et leur origine, d'aboutir à une conception logique des phénomènes immunitaires et surtout de préparer à l'état concentré ces mêmes anticorps (gamma-globulines plasmatiques) de manière à les utiliser en thérapeutique.

I. — LES GAMMA-GLOBULINES ET LEUR ORIGINE

La division des protéines plasmatiques en 3 groupes est désormais classique : albumine de poids moléculaire peu élevé (70.000) et très homogène, fibrinogène de poids moléculaire très élevé (500.000), homogène lui aussi et caractérisé par sa transformation en fibrine, globulines, très hétérogènes et de poids moléculaire intermédiaire (160.000 en moyenne).

L'électrophorèse permet de séparer les globulines en quatre groupes selon leur vitesse de migration : alpha 1, alpha 2, bêta et gamma. Des techniques plus complexes, telles que l'immuno-électrophorèse, permettent de subdiviser encore ces quatre groupes principaux.

Les gamma-globulines qui nous intéressent ici, sont les plus lentes à migrer et certainement les plus hétérogènes. A l'immuno-électrophorèse elles apparaissent sous forme d'une courbe très allongée, soit à un sommet, soit à deux sommets (gamma 1 ou rapides, gamma 2 ou lentes), mais, à l'inverse des autres globulines, cette courbe ne se décompose pas en courbes secondaires. On peut en déduire que les gamma-globulines sont constituées par un grand nombre de molécules différentes, à propriétés physico-chimiques voisines.

On conçoit actuellement l'architecture moléculaire des globulines en général et des gamma-globulines en particulier, comme comprenant une longue chaîne axiale à liaisons peptidiques, sorte d'épine dorsale de la molécule, sur laquelle se greffent des chaînes latérales plus courtes. La chaîne axiale n'est pas rectiligne, mais plissée dans

TONIQUE : Biologique
: Complet
: Synergique

NOUVEAU

HÊMOSTYL

Lysine - Vitamine C

en une seule dose :

- 10 cm³ **HÊMOSTYL**, Sérum de seconde saignée,
Tonique, Hémopoïétique
- 200 mg **L-LYSINE**, Facteur d'Appétit,
d'Assimilation, de Prise de Poids
- 250 mg **VITAMINE C**, à doses fortes, Stimulant
Idéal de l'Énergie

DÉFICIENCES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL
ASTHÉNIES - CONVALESCENCES - ANÉMIES
PERTE OU INSUFFISANCE DE L'APPÉTIT
SUITES OPÉRATOIRES

2 à 3 ampoules buvables par jour
(coffret de 16 ampoules de 15 cm³)

Remboursé S. S.



Les Laboratoires Roussel

INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE HÉMOPOÏÉTIQUE

97, Rue de Vaugirard, Paris 6^e

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clouzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

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

les trois dimensions, si bien que des liaisons s'établissent entre certaines chaînes latérales.

Le fractionnement des globulines par divers procédés physico-chimiques montre que l'immense majorité des anticorps définis par les immunologistes est localisée dans les gamma-globulines et dans les bêta 2-globulines qui leur sont proches. On a souvent essayé de comparer les diagrammes électrophorétiques ou immuno-électrophorétiques de sujets riches en anticorps et de sujets pauvres en anticorps et on n'a jamais observé de différence notable. Cela signifie que les anticorps ne sont pas des molécules particulières qui s'ajoutent et se mélangent aux gamma-globulines, mais qu'ils proviennent de la modification des gamma-globulines pré-existantes.

Il est actuellement prouvé que les globulines se forment dans des cellules particulières, les plasmocytes, bien connues depuis longtemps des histologistes et des hématologues en raison de leur basophilie cytoplasmique particulièrement intense. Cette basophilie est due à une forte teneur en acides ribonucléiques, et ces deux caractères corrélatifs se retrouvent dans toutes les cellules qui sécrètent des protéines. L'élaboration des globulines suit le schéma général de l'élaboration des molécules protéiques (HAUROWITZ) : il existe dans les cellules des « modèles moléculaires » identiques aux molécules de globulines, mais dont les chaînes latérales sont bloquées par un support ribonucléidique. Des molécules d'acides aminés se déposent au contact des molécules correspondantes du modèle; une structure identique à lui s'élabore ainsi, puis le double ainsi constitué se sépare du modèle par rupture des rapports ribo-nucléidiques, et sort de la cellule. C'est à ce moment que la molécule formée subit son plissement définitif. La situation probable des « modèles globuliniques » serait l'ergastoplasme, ensemble de canalicules aplatis révélés par le microscope électronique dans le cytoplasme des plasmocytes.

II. — LA FONCTION ANTICORPALE DES GAMMA-GLOBULINES ET L'IMMUNISATION

Les globulines se caractérisent par le nombre et la variété des groupements simples, disposés sur les chaînes latérales, doués d'une grande réactivité physico-chimique et qui tendent à « s'accrocher » (par une liaison de nature encore imprécise) sur des groupements adéquats d'autres molécules. Certaines (des groupes alpha et bêta) jouent ainsi un rôle de « transporteur » (GRABAR) en se combinant à des lipides, à des glucides, à des métaux. D'autres, et en particulier les gamma-globulines ne se combinent pas à des produits métaboliques, mais ont une réactivité telle qu'elles peuvent se fixer sur des macromolécules n'appartenant pas au même organisme. Cette réactivité est un phénomène purement occasionnel, résultant du hasard qui fait coïncider les réactivités de ces globulines et des molécules

étrangères. Ces deux substances ne se trouvent jamais en présence dans les conditions naturelles et c'est l'expérience qui décele leur réactivité réciproque. On a reconnu ainsi que le plasma de certaines espèces agglutine les globules rouges d'autres espèces; l'exemple le plus typique est la très forte agglutination des globules rouges humains par le plasma de l'anguille. Par cette réactivité particulière, ces gamma-globulines ont donc des propriétés anticorpsales puisqu'elles se comportent comme des anticorps. Ce sont des anticorps naturels spontanés; leur spécificité anticorpsale est le résultat du hasard. Il est probable que tous les types de gamma-globulines ont ces propriétés : il suffit de trouver les molécules réagissantes.

Dans certaines circonstances pathologiques, le métabolisme des cellules élaborant les globulines est perturbé; c'est le cas de certaines infections virales et de certains processus cancéreux atteignant les plasmocytes ou les cellules réticulo-histiocytaires dont ils dérivent. La perturbation métabolique aboutit à la formation de globulines pathologiques, anormales soit par leur quantité ou leurs caractères physico-chimiques (cas de myélomes), soit par leur réactivité qui change. Les gamma-globulines dont la réactivité est ainsi modifiée par des conditions pathologiques sont des anticorps pathologiques. Les plus caractéristiques et les plus curieux sont les auto-anticorps pathologiques qui réagissent sur certaines molécules du même organisme et qui sont à la base d'une auto-agression.

Mais les gamma-globulines naturelles peuvent subir d'autres modifications, particulièrement importantes; c'est l'adaptation réactionnelle par immunisation. Certaines substances étrangères à l'organisme (antigènes) pénètrent dans les cellules élaborant les gamma-globulines et modifient ces dernières. Cette modification se présente comme une adaptation : la substance étrangère modifie la structure des molécules globuliniques au moyen de ses propres groupements réactifs, si bien que les groupements réactifs des globulines élaborées deviennent en quelque sorte complémentaires de ceux de la substance étrangère (PAULING). La globuline ainsi modifiée réagira électivement sur une autre molécule de la même substance; elle sera devenue un anticorps immun spécifique.

Le mécanisme exact de cette adaptation réactionnelle n'est pas encore bien connu. Deux interprétations peuvent en être données. Ou bien la molécule antigénique s'incorpore dans le substrat ribo-nucléidique et modifie définitivement le « modèle globulinique » qui fabrique alors indéfiniment des anticorps immuns spécifiques. Ou bien la molécule antigénique se place au voisinage du modèle qui demeure inchangé et modifie la molécule globulinique lors de sa libération, en agissant sur son mode de plissement. On conçoit que ce second processus n'assure pas une grande pérennité dans la formation des anticorps immuns. Dans les deux cas, la molécule antigénique est probablement modifiée : on admet qu'elle est incorporée par phagocytose

ANDROTARDYL-CESTRADIOL

(œnanthate de testostérone + valérianate d'œstradiol)

*traitement équilibré des troubles
de la*

Ménopause

l'injection mensuelle supprime :

les troubles neuro-végétatifs

les troubles psychiques

les troubles trophiques

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUFFREN 54-94

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

dans le cytoplasme des histiocytes qui se transforment alors en plasmocytes élaborant les anticorps (notion d'antigène-organisateur de Ehrlich).

En résumé, les propriétés anticorpsales des gamma-globulines se présentent schématiquement de la façon suivante :

1° Dans un organisme normal qui n'aurait jamais été en contact avec des substances étrangères (cas théorique réalisé approximativement chez un nouveau-né), existent seulement des propriétés anticorpsales naturelles spontanées. La réactivité des gamma-globulines est déterminée génétiquement et la spécificité de la réaction est purement fortuite.

2° Dans un organisme normal qui a été en contact avec des molécules étrangères (antigènes), on trouve à la fois des propriétés anticorpsales spontanées et des propriétés anticorpsales immunes; la spécificité de ces dernières est déterminée par la nature des antigènes qui ont pénétré dans l'organisme. Lorsque les antigènes sont très répandus, les anticorps immuns correspondants sont eux-mêmes très communs et sont alors dits « réguliers » (cas des agglutinines anti-A et anti-B par exemple)

3° Dans certaines conditions pathologiques (affections virales, cancers), apparaissent, à côté des anticorps spontanés et des anticorps immuns, des anticorps pathologiques à spécificité souvent paradoxale (auto-anticorps).

Précisons avant d'en terminer avec la nature des anticorps que, si les gamma-globulines plasmatiques contiennent la plupart des anticorps anti-infectieux, d'autres anticorps existent en dehors d'elles, soit dans le plasma (globulines bêta -2A et peut-être bêta -2M), soit dans les tissus (anticorps dits sessiles).

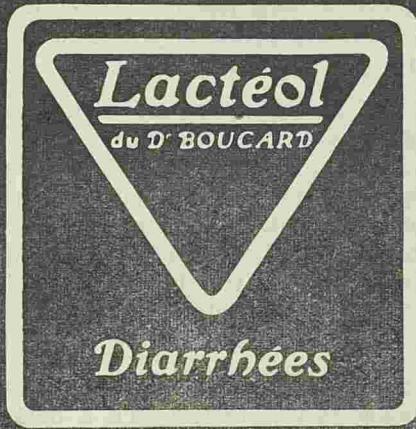
III. — LE SPECTRE ANTICORPAL DES GAMMA-GLOBULINES NORMALES ET SON ÉVOLUTION AVEC L'ÂGE

On sait depuis longtemps que les gamma-globulines traversent la barrière placentaire et passent du sang maternel dans le sang fœtal. Ce dernier contient donc des gamma-globulines et des anticorps, les mêmes que ceux de la mère. Le nouveau-né conserve encore quelque temps ces substances maternelles; c'est pour cela qu'il est prémuni contre un certain nombre de maladies infectieuses. Fœtus et nouveau-né n'ont pas, ou très peu, de gamma-globulines personnelles. Ce n'est que vers la fin du premier mois extra-utérin que leur élaboration commence.

L'évolution des gamma-globulines chez le nourrisson se marque donc par une baisse du taux jusqu'à un minimum (4 mois environ),

30, Rue Singer PARIS (XVI)

40 ans de résultats cliniques



Pour éviter les troubles dus aux
Antibiotiques par voie buccale
donner en même temps le Lactéol
(1000 millions: 5 capsules ou 1 ampoule 3 fois par jour)

puis par une remontée de ce taux. Des recherches récentes sur des nourrissons normaux issus de mères agammaglobulinémiques et sur des nourrissons agammaglobulinémiques issus de mères normales (ZAK et GOOD) ont confirmé que cette évolution est bien due : 1° à la diminution progressive des gamma-globulines maternelles qui n'existent plus au 7^e mois; 2° à l'apparition progressive des gamma-globulines de l'enfant à partir de la fin du premier mois.

Les gamma-globulines apparaissant chez le nourrisson possèdent seulement les propriétés anticorpsales naturelles spontanées. Les anticorps immuns apparaissent progressivement, parallèlement à la pénétration des antigènes étrangers. Ce sont les iso-agglutinines anti-A ou anti-B qui apparaissent les premières (4^e à 5^e mois), car les agglutinogènes A ou B, présents dans les gouttelettes salivaires de la plupart des personnes, sont les premiers antigènes atteignant l'enfant, surtout si la mère les possède et les sécrète.

Ultérieurement, et à l'occasion des infections ou des vaccinations, apparaissent les anticorps anti-microbiens. Des essais de vaccination d'enfants normaux issus de mères agammaglobulinémiques ont montré à ZAK et GOOD que ces anticorps peuvent se former assez tôt, dès 2 mois (surtout l'anticorps contre l'antigène H des Salmonella qui est le plus précoce). Ils persistent en général longtemps, mais peuvent à la longue diminuer et disparaître; la durée de l'immunisation dépend de la nature de l'antigène, notion bien connue pour la pratique des vaccinations et impliquant la nécessité d'injections de rappel.

La variété des anticorps immuns anti-microbiens d'un adulte est donc fonction des maladies infectieuses qu'il a déjà présentées et de leur ancienneté, des vaccinations qu'il a subies et de leur ancienneté. Le spectre anticorporel d'un adulte normal a donc de grandes chances de comprendre les anticorps correspondant aux maladies infectieuses banales de l'enfance, et les anticorps correspondant aux vaccinations obligatoires ou largement répandues. Il comprendra en plus les anticorps correspondant aux maladies infectieuses moins communes qu'il a eues, anticorps qui varieront donc d'un individu à l'autre et qui seront d'autant plus concentrés que la maladie infectieuse sera plus récente.

IV. — LES MALADIES PAR DÉFICIT D'ANTICORPS

Les études électrophorétiques et immuno-électrophorétiques, associées à la recherche et aux dosages des anticorps, ont permis au cours de ces dernières années, de décrire des maladies caractérisées par un déficit en anticorps, total ou partiel, transitoire ou définitif, et traduites cliniquement par des infections graves ou répétées. La forme la plus typique, décrite la première, est l'agammaglobulinémie congénitale de Bruton. Des formes mineures ont été ultérieurement



DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
PAR VOIE ORALE
BACTÉRICIDE

Entobex

UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

C I B A

Liveroïl

SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

A B₁ B₂ B₆ D₂

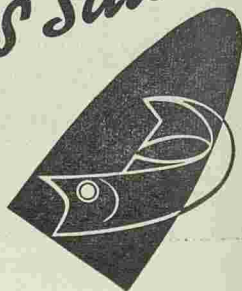
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LABES CHAMBON-PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON-PARIS

APPETIT

rend le bon neu →

à tout âge de la Vie
en toutes saisons



décrites, soit essentielles, soit secondaires. On peut enfin rapprocher de ces cas les déficits en anticorps sans déficit en gamma-globulines observés par BARANDUN.

a) Agammaglobulinémie congénitale de Bruton

Décrite par BRUTON en 1952, puis par JANEWAY, et observée depuis par de nombreux auteurs, cette affection se caractérise :

- par un déficit congénital et permanent en gamma-globulines (absence complète de gamma-globulines à l'électrophorèse et à l'immuno-électrophorèse, traces dépitées cependant par les méthodes immunologiques sensibles), associé à un déficit total en globulines bêta -2A et bêta -2M; les anticorps sont également défaut (absence d'iso-agglutinines et d'anticorps anti-infectieux);
- par un caractère probablement héréditaire, lié au sexe masculin; l'affection n'a été observée que chez des garçons; elle se rapproche par là de l'hémophilie qui est également un déficit globulinique particulier lié au sexe masculin;
- par une histoire clinique d'infections répétées et graves débutant vers l'âge de 6 ou 8 mois et se prolongeant (le nourrisson jeune est encore protégé par les anticorps maternels). Ce sont habituellement des infections des voies aériennes (otites, sinusites, pharyngites, bronchites, broncho-pneumonies), souvent compliquées (méningites, septicémies). Les infections virales sont souvent très graves (vaccine généralisée, complications encéphaliques). Les vaccinations anti-bactériennes (TAB, diphtérie, tétanos, coqueluche) sont sans résultat; par contre il semble que les affections virales (rougeole, rubéole, varicelle) ne récidivent pas, ce qui laisse supposer, pour ces cas, l'existence d'anticorps autres que ceux du plasma. En l'absence de thérapeutique antibiotique, de telles infections sont graves et souvent mortelles. Les antibiotiques permettent cependant une survie et paraissent ainsi avoir modifié l'évolution de la maladie.

Certaines constatations intéressantes ont été faites chez ces malades : leur grande tolérance aux greffes tissulaires a été mise en évidence par GOOD, ce qui a permis à MARTIN d'obtenir, par greffe de ganglions normaux, une élévation des gamma-globulines, prouvant ainsi leur lieu de formation.

b) Hypogammaglobulinémies essentielles (ou pures)

Le déficit n'est jamais aussi accentué que dans le cas précédent. L'électrophorèse et les techniques immunologiques montrent l'existence de gamma-globulines, mais à un taux très bas. Le taux normal étant de

8 à 12 g/litre, on peut admettre que les conséquences cliniques d'un déficit apparaissent au-dessous d'un taux limite, variant entre 2,5 et 5 g/litre. Dans les cas nets, franchement pathologiques, le taux des gamma-globulines varie entre 0 et 1 g/litre. On observe également un déficit ou une réduction des globulines bêta -2A et bêta -2M et des iso-agglutinines.

Forme transitoire du nourrisson (GITLIN et JANEWAY, 1956). Nous avons vu précédemment que le taux des gamma-globulines chez le nourrisson des deux sexes baisse d'abord jusqu'à un minimum vers la fin du 3^e ou du 4^e mois, puis se relève lentement. Le nouveau-né possède les gamma-globulines maternelles, et la synthèse de ses propres gamma-globulines ne survient en quantité efficace que vers le début du 3^e mois. Certains nourrissons présentent un minimum plus bas, au-dessous du seuil pathologique, si bien, qu'à ce moment seulement, peuvent survenir des infections graves. Ce phénomène est dû, soit au retard de la synthèse globulinique du nourrisson (prématuré), soit à une insuffisance de l'apport maternel (mère agamma ou hypogammaglobulinémique).

Forme acquise de l'enfant ou de l'adulte. Un syndrome d'infections répétées, analogue à celui de l'enfant congénitalement agammaglobulinique, peut apparaître dans les deux sexes à n'importe quel moment de la vie, chez le nourrisson, chez l'enfant ou chez l'adulte, et cela sans cause apparente. Il est difficile de dire si le déficit est vraiment acquis ou s'il s'agit de la manifestation plus ou moins tardive d'un déficit congénital. Le volume de la rate est parfois augmenté (forme splénomégalique). Les maladies infectieuses présentées par ces sujets sont un peu différentes de celles de l'agammaglobulinémie congénitale : l'atteinte des voies aériennes supérieures est plus rare, de même que les complications septicémiques; par contre les manifestations digestives (colite ulcéreuse) sont fréquentes. La gravité des infections est fonction du degré de l'hypogammaglobulinie. On ne sait encore si un tel état est réversible, si les gamma-globulines, après une période déficitaire plus ou moins longue, peuvent revenir à un taux subnormal.

c) Déficits d'anticorps au cours des dysgamma-globulinémies symptomatiques

Une hypogammaglobulinémie peut exister à titre d'épiphénomène au cours de diverses maladies perturbant le métabolisme globulinique, principalement les syndromes néphrotiques et certaines lymphoses chroniques, parfois des cas très variés (autres leucoses, maladie de Hodgkin, diabète, etc...). Mais le taux des gamma-globulines est en général suffisant pour assurer une fonction anticorpale subnormale. Parfois cependant ce taux est très réduit et un syndrome de déficit

ENTEROSPASYL

*obésité
constipation
spasmes coliques*

VITAMINE
SIMPLE
comprimés A. S.

VITAMINE
MUCILAGINEUX
granulé A. S.

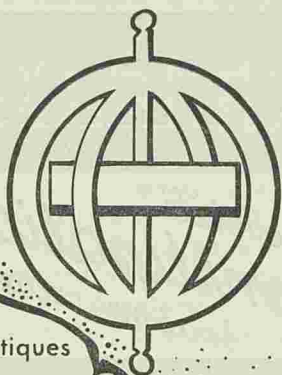
VITAMINE
MUCILAGINEUX
S. R. B.
granulé A. S. et A. M. G.

COMPRIMÉS aux repas GRANULÉ matin et soir



A. W. LA TECHNIQUE PUBLICITAIRE

TUNISIE : O.S.P. — 10, Rue Amilcar — TUNIS



stéatoses hépatiques

athérosclérose

complications du diabète

hypercholestérolémies, néphrose lipidique



BOITE DE 30 COMPRIMÉS A 10 Cg.



4 A 8 COMPRIMÉS PAR JOUR



LIPORMONE

REMB. S.S. - AMG - COLLECTIVITÉS - AP
P. Cl. 5



LABORATOIRE CHOAY - 48, Avenue Théophile-Gautier, PARIS-XVI* - AUT. 42-43

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

en anticorps peut apparaître. Les mêmes stigmates humoraux peuvent être alors retrouvés : déficit en globulines bêta -2A et bêta -2M, en iso-agglutinines, en anticorps anti-bactériens. La symptomatologie rappelle celle des formes précédentes, mais sur un mode mineur, et la sensibilité aux infections varie parallèlement au déficit gamma-globulinique qui peut être lui-même variable (cas des néphroses). Un déficit analogue d'anticorps explique les complications infectieuses qui peuvent survenir au cours de l'évolution des myélomes ou de la macroglobulinémie de Waldenström. Dans ces cas les globulines sont fortement accrues, il y a souvent une apparence d'hypergammaglobulinémie, mais il s'agit là de globulines fortement pathologiques, dépourvues de fonction anticorpale anti-infectieuse, dont la synthèse massive se fait aux dépens des globulines normales.

d) Déficit essentiel en anticorps avec normogamma-globulinémie

BARANDUN, HUSER et HASSIG ont étudié quatre sujets (2 garçons et 2 hommes adultes) présentant une histoire clinique d'infections répétées, faisant penser à une hypogammaglobulinémie ou à une agammaglobulinémie, mais dont l'électrophorèse sérique montrait un taux normal de gamma-globulines. Plusieurs anomalies étaient observées : absence des globulines bêta -2A et bêta -2M, absence ou taux très faible d'iso-agglutinines (même après essai d'immunisation par les substances A et B), absence ou taux très faible d'anticorps anti-infectieux (même après vaccination par TABDT et PERTUSSIS). Sur un de ces sujets, GIEDION constata une nette réceptivité à des greffes cutanées, tout comme l'avait constaté GOOD chez des agammaglobulinémiques. Enfin, un traitement par des injections de gamma-globulines amena la disparition ou l'amélioration du syndrome infectieux.

Il s'agit donc là incontestablement d'une incapacité, congénitale ou acquise, de former des anticorps immuns à partir des gamma-globulines naturelles qui sont produites en quantité normale.

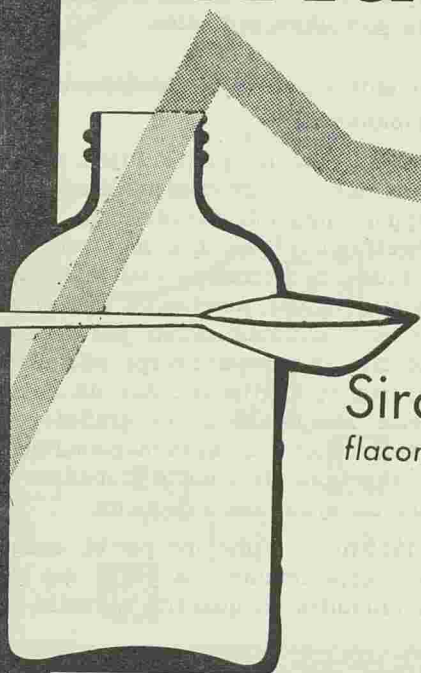
V. — LES GAMMA-GLOBULINES THERAPEUTIQUES

Les gamma-globulines à fonctions anticorpsales sont utilisées depuis bien longtemps dans la sérothérapie, qu'il s'agisse de sérums animaux ou de sérums humains. La prévention de la rougeole par injection de sang ou de sérum d'adulte, l'utilisation des sérums de convalescents, sont basées sur le transfert d'anticorps d'un individu qui en possède à un individu qui n'en possède pas. Les progrès récents consistent en l'utilisation, non plus de sérums, mais de gamma-globulines extraites du plasma humain, à peu près pures, et injectables à forte concentration.

La préparation des gamma-globulines humaines est une partie importante de l'industrie du sang humain. Elle se fait par fraction-

*antibiothérapie voie orale
plus rapide - plus efficace*

Hexacycline



Sirop

flacon de 60 ml.
P. Cl. 12

Dragées

flacon de 16
P. Cl. 23

Remboursé S. S

POSOLOGIE

adultes en moyenne 1g par jour, soit 4 dragées
enfants en moyenne 0,02g par kg de poids et
par jour (2 mesures pour 5 kg)

DIAMANT



LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63 BD HAUSSMANN, PARIS 8^e • ANJ. 46-30

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

nement du plasma (méthode de Cohn et méthodes dérivées) : des concentrations croissantes d'alcool à des pH données précipitent du plasma diverses fractions protéiniques. L'une d'elles est constituée presque uniquement par les gamma-globulines. On peut purifier ensuite ces dernières jusqu'à obtenir un produit contenant 95 % de gamma-globulines, dont on prépare une solution à 16,5 %. Un centimètre cube de cette solution contient autant de gamma-globulines que 30 à 40 cm³ de sang. Par injection intramusculaire (et non intraveineuse en raison de la forte concentration protéinique) de ce produit, on peut apporter ainsi à un organisme qui en manque une quantité appréciable d'anticorps.

La matière première habituelle de la préparation des gamma-globulines est le plasma d'adulte normal. Chaque adulte normal possède, à côté d'anticorps communs présents chez tous, certains anticorps moins fréquents. Aussi, pour avoir un spectre anticorporel le plus étendu possible, est-on obligé de mélanger les gamma-globulines d'un millier de sujets normaux. On obtient ainsi un produit standard contenant des concentrations à peu près constantes d'un très grand nombre d'anticorps.

S'il s'agit d'anticorps relativement rares et de faible puissance, ils seront fortement dilués dans cette préparation de gamma-globulines plasmatiques standard. Aussi est-on conduit dans certains cas à préparer le produit à partir du plasma de sujets préalablement sélectionnés, dont on est sûr qu'ils possèdent les anticorps désirés, soit qu'ils aient certainement eu la maladie infectieuse correspondante (cas d'anciens poliomyélitiques), soit qu'ils l'aient eu récemment (convalescents de rubéole), soit enfin qu'ils aient été récemment vaccinés contre cette maladie (coqueluche, variole). On obtient ainsi des gamma-globulines plasmatiques spécifiques, plus actives que les premières contre une affection donnée. Leur préparation se heurtant à de nombreuses difficultés, il est difficile d'en disposer, mais on peut les remplacer par les gamma-globulines standard à condition de compenser la dilution des anticorps par une augmentation des doses.

On a proposé de préparer les gamma-globulines à partir de placenta humains. On obtient ainsi des gamma-globulines placentaires qui, en principe, ont la même action que les plasmatiques puisque préparées avec le sang du placenta contenant les anticorps maternels. Cependant, si la matière première est plus facile à obtenir, l'activité de ces gamma-globulines placentaires est bien inférieure à celle des plasmatiques et cela pour plusieurs raisons : la matière première n'est pas un produit homogène comme le plasma, mais un mélange de sang total et de tissus placentaires, la concentration du sang placentaire en anticorps est bien inférieure à celle du sang d'adulte. Aussi est-il toujours préférable d'utiliser les gamma-globulines plasmatiques.

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

FICARMONE

INJECTABLE
5.10 ET 25 AMPOULES

FICARMONE
"crudum"

BUVABLE
6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM³
COFFRET DE 18 AMPOULES

LABORATOIRE DE



L'ENDOPANCINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS

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

Les gamma-globulines plasmatiques, préparées et distribuées en France par les Centres de Transfusion Sanguine, sont habituellement présentées en doses de 2 cm³ (solution à 16,5 %) contenant 1/3 de gramme, ce qui équivaut à une dose moyenne pour un enfant jeune. Pour les adultes, ou pour utiliser des doses plus fortes, des fiocons de 10 cm³ ou de 20 cm³ sont également préparés. L'injection se fait par voie intramusculaire; elle est peu douloureuse, mais peut le devenir s'il s'agit d'injections abondantes et répétées : il est alors indiqué d'injecter au préalable, par la même aiguille, 1 ou 2 cm³ de novocaïne.

VI. — APPLICATIONS PROPHYLACTIQUES

Les gamma-globulines plasmatiques permettent d'assurer la séroprophylaxie de diverses maladies infectieuses, en particulier chez l'enfant. Une seule dose suffit, répartie au besoin en 2 injections, si elle est forte. La prévention est assurée pendant un mois après l'injection, qui peut être alors renouvelée si c'est nécessaire (absence totale d'accidents anaphylactiques, le produit étant d'origine humaine).

Les résultats obtenus sont actuellement bien connus dans un certain nombre de maladies infectieuses (voir en particulier SOULIER, BADILLET et HERZOG, 1958) et l'expérience quotidienne permet de les préciser. Voici schématiquement comment peuvent être classées les indications prophylactiques des gamma-globulines :

a) Action certaine dans la grande majorité des cas

— *Rougeole* : La prévention est obtenue par une injection de gamma-globulines dans les 5 jours qui suivent le contage. Une injection plus tardive donne seulement une atténuation. Doses de 2 cm³ par 10 kg de poids.

— *Rubéole* : Injection, dès le contage, de 3 cm³ par 10 kg de poids. Cette prévention est surtout utile chez les femmes enceintes, afin de prévenir les embryopathies génératrices de malformations (pendant les 3 premiers mois de la grossesse).

— *Coqueluche* : Injecter 4 cm³ par 10 kg de poids, en deux injections à 24 heures d'intervalle. Prévention obtenue dans les 2/3 des cas, atténuation dans les autres.

— *Oreillons* : 3 cm³ par 10 kg de poids assurent, soit une prévention, soit une atténuation avec prévention des complications.

— *Hépatite épidémique (type A)* : L'action préventive des gamma-globulines s'exerce à très faible dose (0,5 cm³ par 10 kg de poids). Par contre, les gamma-globulines sont sans action sur l'hépatite d'inoculation (type B).

— *Complications encéphaliques de la vaccine* : L'injection de gamma-globulines, pratiquée dans les heures qui suivent la vaccination

RHUMATISME



PÉNÉTRATION RAPIDE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT

Tolérance parfaite

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE - PARIS 8^e

Plusieurs frictions
par jour

Tube de 40 g

MARVET

MAROC : P. PELISSARD, 16, rue Dumont-
d'Urville, CASABLANCA

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, rue Ampère,
ALGER

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

jennérienne, réduit la symptomatologie de la vaccine et prévient les complications encéphaliques : 1 cm³ par 10 kg de poids.

b) Action probable, mais demandant encore confirmation

Dans ces cas, les statistiques obtenues ne sont pas suffisantes pour apporter une certitude, mais l'impression clinique est favorable.

— *Poliomyélite antérieure aiguë* : Les gamma-globulines ont été utilisées (3 cm³ par 10 kg de poids) pour la prévention systématique lors d'épidémies dans de petites localités (dans le département de l'Hérault en 1957) : de très rares cas sont survenus après les injections et les épidémies se sont rapidement arrêtées.

— *Grippe* : La prévention paraît obtenue à la dose de 2 cm³ par 10 kg de poids.

— *Scarlatine* : Prévention dans la majorité des cas avec 2 cm³ par 10 kg de poids, mais statistiques encore trop réduites.

— *Variole* : Largement utilisées en France lors de l'épidémie de 1954, les gamma-globulines paraissent avoir eu une action préventive à la dose de 2 cm³ par 10 kg de poids; mais une étude statistique précise n'a pu être faite.

c) Utilisation systématique des gamma-globulines dans les collectivités d'enfants

Les gamma-globulines sont particulièrement utiles pour prévenir les maladies infectieuses banales dans les collectivités d'enfants, surtout lorsque le mouvement d'entrants et de sortants est important. On sait en effet qu'une épidémie d'une affection bénigne, sans importance lorsque les enfants sont plus ou moins isolés, peut devenir catastrophique dans une collectivité. C'est le cas surtout des services hospitaliers d'enfants, de crèches, de préventoriums, de colonies d'enfants jeunes.

Une prévention systématique est réalisée en injectant à chaque enfant qui arrive dans la collectivité une dose moyenne de gamma-globulines (2 cm³ par kg de poids). Si l'enfant est encore dans la collectivité après 3 semaines, une seconde dose identique lui est injectée. Avec cette pratique, on n'observe plus que des cas isolés de maladies contagieuses, le plus souvent atténuées, sans aucune diffusion épidémique. On ne saurait trop recommander cette protection systématique. Il faut cependant que les injections soient faites avec des seringues individuelles et stérilisées à l'autoclave, de façon à éviter le risque de diffusion de l'hépatite d'inoculation (sur laquelle, rappelons-le, les gamma-globulines sont sans action).

VII. — APPLICATIONS CURATIVES

Les gamma-globulines à titre curatif sont utiles lorsqu'existe un déficit global en anticorps ou lorsque manque l'anticorps correspondant à la maladie infectieuse à traiter. Autrement dit, on doit les utiliser, d'une part dans tous les syndromes de déficit en anticorps, d'autre part chaque fois qu'une maladie infectieuse a une évolution anormalement grave ou compliquée, ou se développe sur un terrain supposé moins résistant.

a) Traitement des syndromes de déficit en anticorps

En présence de toute infection grave ou récidivante, il est indispensable d'explorer les globulines plasmatiques et leur fonction anticorpaie, d'abord par l'électrophorèse, complétée s'il le faut par l'immuno-électrophorèse, ensuite par le titrage des iso-agglutinines. Tout déficit important en gamma-globulines (taux inférieur à 5 g/litre) implique un traitement par celles-ci. Il en est de même si, le taux de gamma-globulines étant subnormal, les anticorps manquent (absence de bêta -2A à l'immuno-électrophorèse, absence d'iso-agglutinines).

Le traitement des complications infectieuses des syndromes de déficit en anticorps nécessite l'utilisation simultanée d'antibiotiques et de gamma-globulines. Des doses assez fortes de ces dernières sont nécessaires : 5 cm³/10 kg de poids en deux injections intramusculaires pratiquées à 24 heures d'intervalle. Cette dose est renouvelée éventuellement une semaine après si l'état clinique le nécessite.

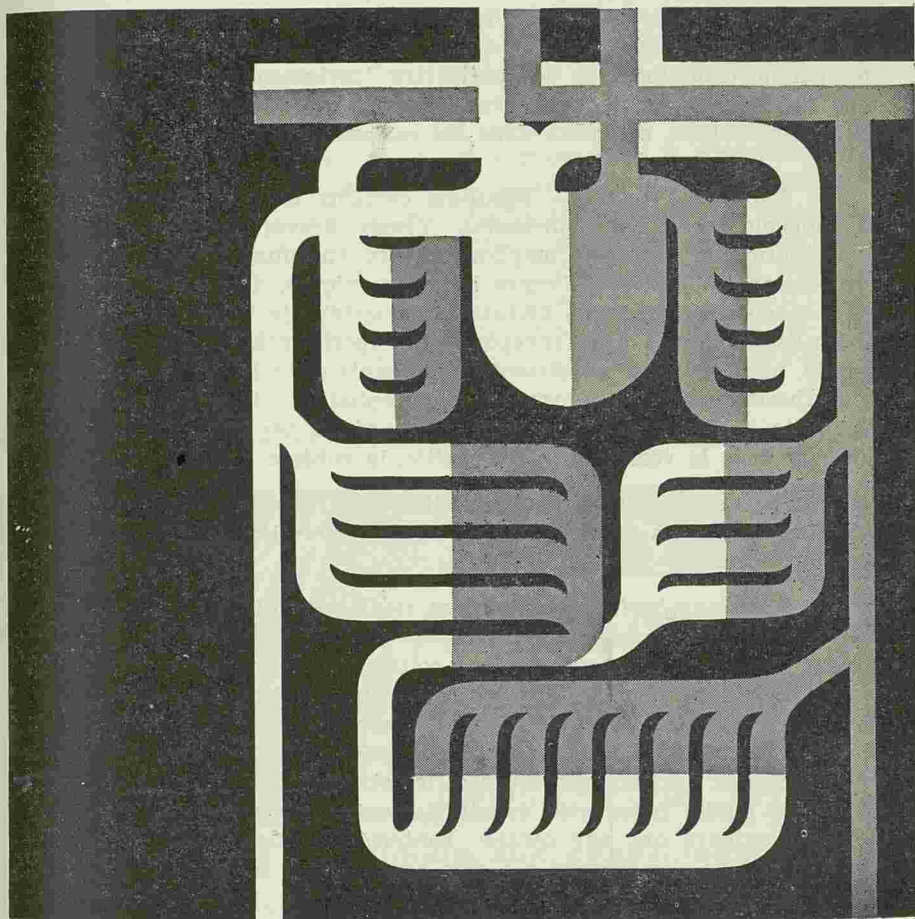
Dans les syndromes chroniques de déficit en anticorps, et en particulier dans l'agammaglobulinémie congénitale, un traitement d'entretien est nécessaire, réalisant la prophylaxie des complications infectieuses. Connaissant le temps de survie des gamma-globulines injectées (la moitié de la dose disparaît en 30 à 60 jours) et le taux minimum nécessaire (1,5 g/litre de plasma environ), la dose d'entretien peut être fixée à 5 cm³/10 kg de poids et par mois, dose qu'il est préférable d'injecter en deux fois, soit 2,5 cm³/10 kg de poids tous les 15 jours. L'utilisation simultanée d'antibiotiques à titre prophylactique n'est pas nécessaire. L'injection régulière de gamma-globulines évite toutes les complications infectieuses, mais n'évite évidemment pas les infections qui surviennent chez tout sujet normal. Sous couvert de ce traitement, la vaccination jennérienne pourra être pratiquée, sans risque de vaccine grave; elle est utile puisque l'immunisation antivariolique est possible chez ces sujets. Par contre les vaccinations antibactériennes sont inutiles, car inefficaces.

b) Traitement des infections graves ou compliquées sans déficit global en anticorps

Chez des sujets dont la fonction anticorpaie est normale, l'appa-

Geigy

Effortil®



Stimulant cardio-vasculaire

**harmonise le travail
du coeur et des vaisseaux**

**gouttes
ampoules
comprimés**

**Laboratoires Geigy
43, rue Vineuse
Paris 16°**



rition d'infections graves ou compliquées laisse supposer un déficit en anticorps spécifiques, ce qui justifie l'utilisation de gamma-globulines. Mais ce déficit spécifique est difficile à mettre en évidence; d'autre part l'action curative des anticorps varie selon l'infection; aussi est-ce seulement l'expérience pratique qui a permis de préciser les indications des gamma-globulines, et qui permettra certainement d'en préciser d'autres. Pour le moment, on peut considérer que l'action curative des gamma-globulines est nette dans les cas suivants :

1° *Maladies virales.* — Résultats certains dans le traitement de la rougeole (chez des nourrissons, formes graves hémorragiques ou hyperthermiques, formes compliquées avec encéphalite), des oreillons (prévention de l'orchite, formes hyperthermiques, formes compliquées avec encéphalo-méningite, orchite ou ovarite), de la vaccine (formes généralisées, formes avec encéphalite). Expérimentation encore insuffisante, mais résultats paraissant intéressants dans la varicelle (formes hyperthermiques ou hémorragiques, encéphalite), l'herpès récidivant, l'hépatite épidémique A, la grippe, les encéphalites virales. Résultats douteux dans la variole, la poliomyélite, la rubéole.

Dans tous ces cas, on pourra utiliser une dose de 2 à 5 cm³/10 kg de poids en une ou deux injections, et la renouveler si nécessaire une semaine après.

2° *Infections bactériennes.* — Les résultats sont intéressants dans le traitement de la coqueluche (une injection de 2 cm³/10 kg de poids chaque semaine). BARANDUN et ses collaborateurs ont obtenu récemment des résultats nets dans le traitement d'infections bactériennes diverses résistant à l'antibiothérapie : les plus sensibles sont les infections broncho-pulmonaires et les septicémies provoquées par les pneumocoques, les staphylocoques et les streptocoques (dose de 5 cm³/10 kg de poids, renouvelée éventuellement après une semaine). Ces mêmes auteurs ont par contre contrôlé l'inefficacité des gamma-globulines dans une furonculose, une septicémie à méningocoques, une paratyphoïde B et plusieurs cas de tuberculose. Des essais en plus grand nombre seraient nécessaires pour apprécier l'action des gamma-globulines dans les diverses maladies infectieuses.

3° *Infections chez des sujets en état de moindre défense.* — On a utilisé les gamma-globulines pour prévenir ou traiter les infections au cours d'affections sanguines diverses (leucoses aiguës, agranulocytoses, aplasies médullaires) avec des résultats variables selon les cas. On les a utilisées chez les brûlés graves avec, semble-t-il, de bons résultats. Une bonne indication paraît être, d'après notre expérience montpelliéraine, les pneumopathies du vieillard. Dans ces cas, les doses sont de 2 à 3 cm³/10 kg de poids, avec renouvellement éventuel après une semaine. Des essais plus nombreux seraient nécessaires dans les états infectieux du nourrisson.

CONCLUSIONS ET RESUME

Les anticorps plasmatiques (il en est d'autres dans les tissus qui ne nous intéressent pas ici) se trouvent localisés dans les fractions globuliniques gamma et bêta -2A. Les anticorps anti-infectieux sont des gamma-globulines. A partir du plasma d'un grand nombre (1.000 au moins) d'adultes normaux, on peut préparer des gamma-globulines thérapeutiques. Leur emploi à titre prophylactique est actuellement bien connu et elles rendent de grands services dans la prévention des maladies infectieuses de l'enfant. A titre curatif, elles sont indispensables dans tous les déficits en gamma-globulines et en anticorps. Quant à leur utilité au cours des diverses maladies infectieuses sans déficit en gamma-globulines, elle doit être jugée d'après des données plus nombreuses que celles dont nous disposons actuellement; déjà cependant on peut affirmer leur action certaine dans les formes graves ou compliquées de quelques affections virales, de pneumopathies et de septicémies à cocci.



ALEPSAL

MISE AU ZÉRO
CORTICO-SOMATIQUE

3 DOSAGES

10 cg. CONVULSIONS
5 cg. SPASMES
1 cg. 1/2 DYSTONIES

Simple, sur, sans danger

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

PHÉNOBARBITAL "CORRIGÉ" PAR

BELLADONE STABILISÉE (Feuille)

Contre les manifestations secondaires Parasympathiques.

CAFÉINE Eupnéique et Analeptique Cardio-Hépto-Rénal
à dose faible permettant une tolérance encore accrue.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER — 45, RUE M. MICHELIS — NEUILLY-PARIS

REMBOURSÉ S. S.
P. classe I

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^e

SANDOSTENE

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

ANTI-ALLERGIQUE

ANTI-PRURIGINEUX

DRAGÉES - SIROP

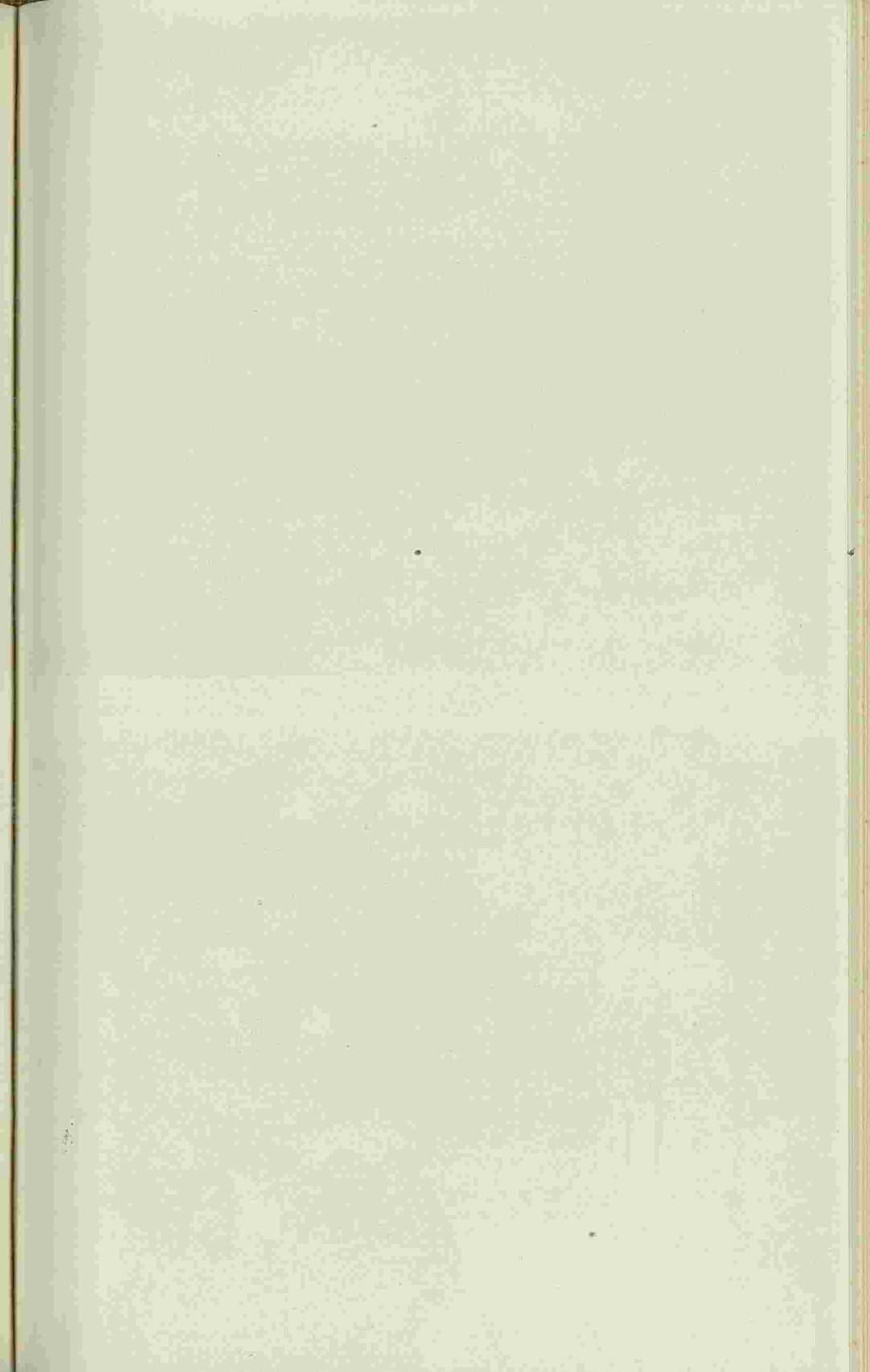
Laboratoires SANDOZ

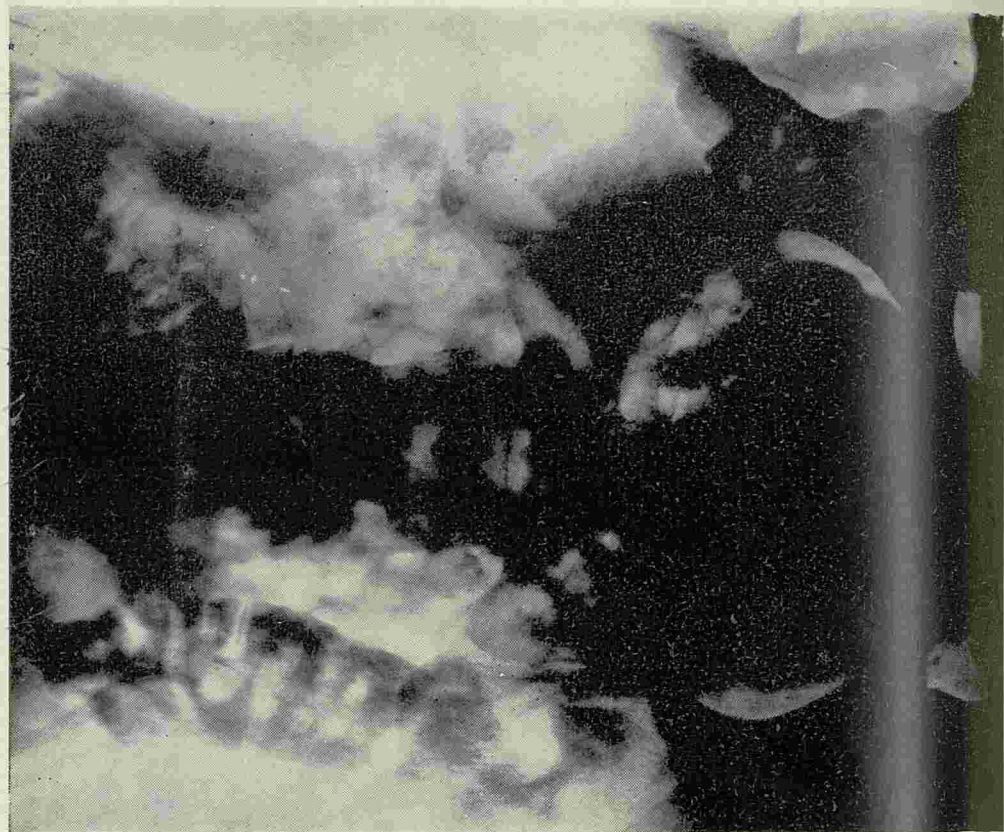
6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e



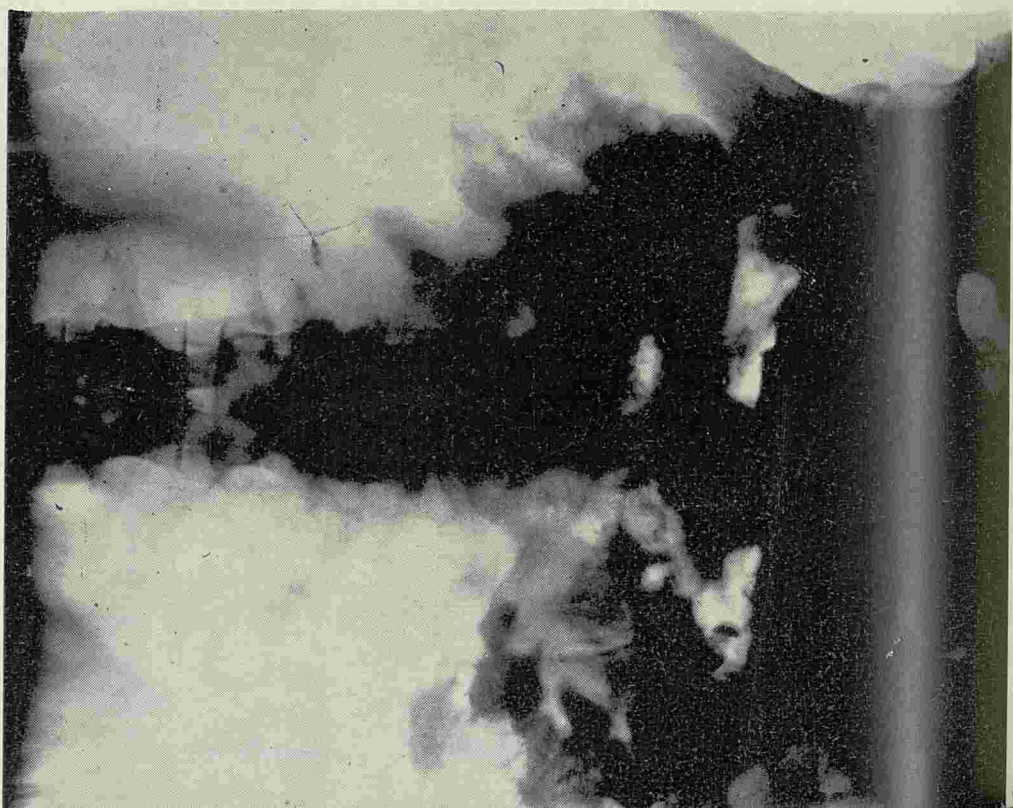
DEPOSITAIRE GENERAL :

O.S.P., 10, Rue Amilcar - TUNIS





3-5-54 - composite of hours app's



3-5-54 - about 9 hours app's

Tuberculose et troubles graves du transit du grèle

par le D^r R. TEDESCHI

Voici une brève observation qui met en évidence une possibilité d'erreurs dans les différents étages du tube digestif :

Madame G., 25 ans, vient me consulter le 30-4-56 pour des douleurs de la région épigastrique aggravées par les aliments, des vomissements alimentaires très fréquents où l'on retrouve quelquefois des aliments de la veille. Elle se plaint en outre de constipation (une selle tous les 3 jours avec débacle diarrhéique) et de difficulté à émettre des gaz par l'anus; elle se plaint surtout d'un amaigrissement progressif. Les menstruations sont normales. Les antécédents révèlent une pneumonie droite et une appendicectomie en 1954.

En 1954, elle a subi un traitement à base de Streptomycine et Rimifon qu'un phthisiologue lui a prescrit pour une lésion pulmonaire. Ensuite, après un examen de selles, elle aurait subi plusieurs traitements anti-amibiens. Les examens pratiqués avant cette consultation sont les suivants : des sériographies gastro-duodénales qui révélèrent une importante gastro-duodénite avec un notable retard à l'évacuation de l'estomac (une stase gastrique à la 8^e heure); une vésicule normalement imprégnée; les urines sont normales, les tests hépatiques et la bilirubinémie normaux; un hémogramme dont la formule blanche est bouleversée.

Les traitements pratiqués par les confrères qui m'ont précédé ont été dirigés en dernier lieu sur l'estomac.

Après l'insuccès de ces traitements multiples et successifs et à cause des vomissements répétés, et surtout à cause de la stase gastrique mise en évidence par les radiographies, il a été conseillé à la malade une intervention chirurgicale avec le diagnostic d'ulcus avec sténose du pylore.

L'examen clinique à ce moment-là mettait surtout en évidence une importante maigreur (42 kgs pour une taille d'un mètre 69) et une distension abdominale avec un péristaltisme visible, signes d'une importante difficulté du transit.

Le 2 mai 1956, je pratiquais un examen radioscopique pulmonaire qui a montré une scissurite marquée à droite et un transit digestif en 4 temps, qui mettait en évidence les faits suivants :

- 1° Un estomac repoussé vers le haut et à droite par d'énormes masses gazeuses et une stase gastrique à la 7^e heure;
- 2° Une stase iléale, très importante, à la 9^e heure, avec des anses

1314 TH

TRÉCATOR

Ethioniamide (Thioamide de l'acide alpha-éthyl isonicotinique)

TUBERCULOSTATIQUE ORIGINAL

- **Aussi actif sur les bacilles isoniazido-résistants que sur les bacilles sensibles**
- **En association avec l'I.N.H. prévient la résistance à l'isoniazide**
- **Reste efficace lorsque les antibiotiques classiques ont épuisé leur action**

PRÉSENTATION : Boîte de 40 comprimés gastro-résistants dosés à 0,25 g d'éthioniamide (TABLEAU A)
Remboursé à 90% par la Sécurité Sociale
Prix classe 40

POSOLOGIE : **3 ou, mieux, 4 comprimés par jour**

THÉRAPLIX

98, rue de Sèvres, Paris 7^e - Tél. : SÉGuR 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

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

très dilatées et des images très caractéristiques de niveaux liquides qu'on voit sur ces clichés;

3° L'examen de la 24^e heure révèle une grave stase iléale encore plus significative. Je m'excuse de la mauvaise qualité des clichés qui ont été pris avec un petit appareil surtout conçu pour la radioscopie.

Ces images, très typiques, révèlent l'existence d'un obstacle dans l'intestin grêle.

A la suite de ces constatations et à cause des antécédents tuberculeux de cette malade, je pensais à une localisation tuberculeuse sténosante dans le grêle et en mai 56 je l'adressais au D^r REYNAULD pour une laparatomie exploratrice (la malade avait été adressée précédemment à ce chirurgien avec le diagnostic de sténose du pylore).

L'intervention a révélé une quinzaine de rétrécissements inopérables, échelonnés tout le long de l'iléon avec de nombreuses petites granulations et des adénopathies régionales. Nous avons simplement constaté et refermé après avoir versé de la Streptomycine. Je faisais pratiquer par la suite une vitesse de sédimentation qui était nettement accélérée et je prescrivais un traitement prolongé à base de Streptomycine, Rimifon et PAS.

La malade s'est améliorée progressivement, les vomissements ont disparu, l'alimentation a été possible et, en juin 1957, elle avait repris 7 kgs; la V. S. retournée normale, le transit du grêle s'est également normalisé. Actuellement elle se porte bien, ayant même eu un bébé, bien que je lui aie conseillé d'éviter les grossesses pendant un certain temps.

En conclusion, cette observation montre l'intérêt qu'il y a à faire systématiquement le transit complet et non pas se contenter, comme dans le cas présent, de quelques clichés de l'organe présumé atteint.

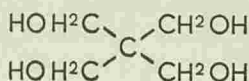
Je n'ai pas eu d'examen histologique qui aurait pu confirmer la nature tuberculeuse de ces lésions, mais on sait que les malades ayant reçu antérieurement des antibiotiques modifient l'histologie de ces lésions qui, dès lors, n'est plus spécifique.

D'ailleurs la plupart des auteurs affirment que les meilleurs éléments pour le diagnostic sont les antécédents bacillaires et le test thérapeutique.

(Communication faite à la réunion de Gastro-Entérologie du 29 mai 1959).

auxiliaire de la nutrition

auxinutril



le médicament-régime

- paresse intestinale
- insuffisance hépatique
- hypotrophies
- athérosclérose
- convalescence
- arthroses

BOITE de 20 SACHETS

Remboursé par la Sécurité Sociale - p. classe 5

ADULTES

1/2 à 3 sachets par jour avant les repas

ENFANTS

1/4, 1/3, ou 1/2 sachet selon l'âge

(correspondant à 1/4, 1/3 ou 1/2 cuillerée à café)

39, Bd de Latour-Maubourg - PARIS-7^e

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



Le diagnostic rapide de la Grippe type A ou B par le Laboratoire de Biologie Clinique

par Charles PÉREZ

AVANT-PROPOS

Lors d'une précédente séance de la Société, le Docteur TARIZZO, expert OMS en virologie, avait fait un exposé documenté sur la contribution du laboratoire de virologie dans la prévention et le diagnostic de certaines maladies épidémiques. Cette contribution consisterait dans l'isolement des virus, quand cela est possible, et dans les réactions immunitaires plus accessibles.

Comme le disait avec raison l'éminent Chef du Laboratoire de Virologie du Trachome, le diagnostic de laboratoire des maladies à virus est en train de dépasser le stade rudimentaire, et, si certaines méthodes sont encore longues et difficilement accessibles, il en est d'autres, comme celle qui fait l'objet de ce bref exposé, qui sont particulièrement rapides et en mesure d'offrir un diagnostic de certitude d'infection grippale et, il faut le souligner, à la portée de n'importe quel laboratoire de biologie clinique non spécialisé en virologie.

TECHNIQUE UTILISEE

Il s'agit de l'étude sérologique par la réaction de déviation du complément avec les antigènes « solubles », préparés à partir des membranes chorio-allantoïques d'œufs de poule embryonnés et que Mlle CATEIGNE, du Centre National de la Grippe en France, a bien voulu mettre à notre disposition. Ces antigènes ne sont pas anticomplémentaires et restent stables à + 4°.

RÉACTION PROPREMENT DITE :

La réaction est précédée d'un titrage du complément du jour, avec utilisation d'un liquide de dilution un peu spécial : solution tampon contenant des sels de sodium, de magnésium, de calcium et du véronal

Les globules rouges de mouton sont sensibilisés avec du sérum hémolytique de lapin utilisé à 1/1.000.

A ce sujet j'ouvre une parenthèse pour rappeler que, grâce au sérum hémolytique de lapin anti-mouton, il est relativement aisé d'ef-

Contre les nuits sans sommeil

UNE FORME PHARMACEUTIQUE ORIGINALE

à EFFET RETARD

LENTÉRULES DE BUTOBARBITAL

Butyl-éthyl-malonylurée - N. D. : SONÉRYL

Flacon de 20 lentérules dosés à 100 mg

HYPNOTIQUE DOUX

ANALGÉSIQUE

*Nuits entières
d'un sommeil
calme et réparateur*

1 ou 2 LENTÉRULES DE BUTOBARBITAL
au repas du soir (ne jamais croquer ni pulvériser)

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale : 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

fectuer la réaction de Waler-Roose pour faire le diagnostic de la P. C. E., réaction très précieuse, mais sans raison délaissée.

Naturellement, dans la réaction de déviation du complément utilisant ces antigènes solubles, il n'est pas question, par commodité, de prétendre faire sauter le tampon véronal ou le remplacer par un autre liquide de dilution.

Simultanément, nous pratiquons une réaction de déviation du complément avec l'antigène A soluble : mise en contact de dilutions successives de sérum avec l'antigène A et la dose de complément déterminée par le titrage du jour et les globules rouges sensibilisées. Lecture après 30 minutes à 37°. Une deuxième réaction de déviation de complément avec l'antigène B.

- 1 témoin du sérum;
- 2 témoins du complément (1/2 dose et 1 dose normales);
- 1 témoin antigènes A et B;
- 1 témoin globules rouges.

LECTURE :

La fixation du complément est appréciée de Zéro à 4 Croix (++++). Le titre se calcule par la dernière dilution où l'hémolyse ne dépasse pas 25 %, soit 3 Croix (+++).

RÉACTION PRÉSUMPTIVE :

Si plusieurs sérums sont à étudier, surtout en période épidémique, on peut pratiquer une réaction de dépistage en utilisant le sérum à la dilution unique de 1/16 et titrage ultérieur des sérums positifs.

On peut, en effet, considérer que la réaction est positive à partir du taux de 1/16. Les taux compris entre 1/10 et 1/16 indiquent une réaction douteuse qu'il faut surveiller par la répétition des examens, ou par les autres réactions de ressort du laboratoire spécialisé de virologie grippale à cause de la préparation des antigènes qui doit toujours être récente, et qui nécessite de nombreux contrôles.

La distinction des sous types A, A', A asiatique Singapour se fera par la réaction de Hirst. Elle est d'un intérêt épidémiologique.

DISCUSSION

Quels sont l'intérêt et l'importance de cette analyse pour le laboratoire de biologie clinique plus près et plus en contact des malades et des praticiens que les laboratoires spécialisés :

TRICHOMYCINE

Licence Fujisawa Pharm C* Ltd  Osaka-Japon

pour le Traitement des Infestations
à **TRICHOMONAS** et **MONILIASES**

Sous l'influence de cet antibiotique, le Trichomonas subit :

- un gonflement plasmatique
- une désintégration nucléaire
- la perte de son pouvoir locomoteur
puis, en quelques secondes,
- l'éclatement en fines particules

Documentation sur demande :

23, RUE BALLU — PARIS-9^e



— c'est de pouvoir fournir rapidement, en quelques heures, un élément biologique de valeur pour l'établissement du diagnostic d'infection grippale type A ou B et quelle que soit la position géographique du laboratoire, pourvu qu'il soit normalement outillé.

Ce nouvel élément prend une place de choix parmi les analyses équivoques classiquement utilisées à ce jour dans l'infection grippale.

Leucocytes diminués ou non; PN diminués ou non;
PE diminués; Lymphocytes augmentés;
Globules α augmentés.

Cette réaction de déviation du complément fournit au praticien un résultat assez précoce contrairement aux anticorps dosés par la réaction de Hirst qui apparaissent plus tard.

Si le médecin veut être renseigné par le laboratoire, il faut qu'il fasse appel à lui sans trop tarder car, on ne doit pas cacher que ces anticorps précoces correspondant aux antigènes solubles utilisés, sont des anticorps d'infection (Globulines α augmentées) et qu'ils disparaissent plus rapidement que les anticorps dosés par la réaction de Hirst.

C'est la première fois que les antigènes, touchant directement le domaine spécialisé de la virologie, sont rendus accessibles au laboratoire de biologie clinique courante : souhaitons qu'on en fasse bon emploi et que d'autres réactions suivront pour permettre une plus large connaissance des étiologies virales.

SANOFORMINE COMPRIMÉS

SULFATE DE CUIVRE - FLUORURE DE SODIUM - MENTHOL
TRICRYMÉTHYLENE - BORATE DE SOUDE

**ANTISEPTIQUE - ANALGÉSIQUE
DÉSODORISANT**

**DERMATOLOGIE
GYNÉCOLOGIE
O. R. L.**

**SÉDATIF
NERVEUX LÉGER**
sans Barbituriques

PASSIFLORÉ - CRATOEGUS - VALÉRIANE STABILISÉE
JUSQUIAME - K. Br.

VAGOTONIE - ÉRETHISME CARDIAQUE - TACHYCARDIE
INSOMNIE - SURMENAGE - TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

DRAGÉES **VALBROL**

R. C. S. n. O. 50.985 à Lab^m MAYOLY-SPINDLER, 16, Av. des Châteaupieds, RUEIL (S. et O.) TEL. : MAL 06-27



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de

TRONOTHANE

Marque Déposée



l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**

44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47-77

ANALYSE.

TRAITEMENT DES MYCOSES

par
J. GATÉ et J. COUDERT
G. Doin et Cie, Editeurs

Ce volume de 280 pages consacré au traitement des mycoses est l'œuvre de deux éminents maîtres lyonnais dont l'un est professeur honoraire de clinique dermatosyphiligraphique et l'autre professeur de parasitologie et pathologie exotique.

Dans une première partie qui est en quelque sorte l'introduction, les auteurs étudient la mycopathologie, c'est-à-dire les rapports du parasite avec l'hormone.

La deuxième partie qui représente les trois-quarts du livre consiste en une étude clinique concise et claire des divers syndromes mycosiques, non seulement de l'épiderme et des phanères, mais également des mycoses profondes.

A propos du traitement, les auteurs proposent au lecteur toutes les méthodes connues par leur efficacité et surtout celles que leur longue expérience a particulièrement éprouvées.

Tous les modernes, spécialistes ou non, que la question intéresse trouveront un profit certain à lire ce volume qui vient enrichir la bibliothèque de thérapeutique médicale dirigée par le Professeur Raymond TURPIN.

A. KHALFAT.

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

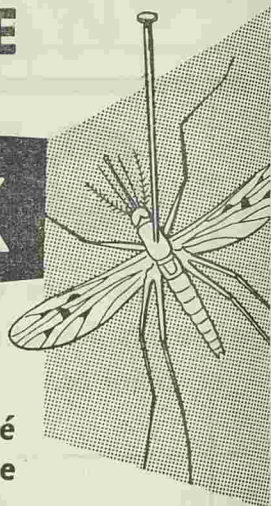
M.M. VALENZA & C^{ie}

36, Rue Thiers - TUNIS

LIVRES REÇUS.

- « **Les Entretiens de Bichat 1959** ». 3 volumes : 1° Médecine. — 2° Chirurgie et spécialités. — 3° Thérapeutique. — Expansion Scientifique Française, Edit., Paris.
- « **La Relaxation : Aspects théoriques et pratiques** » (2° Edition augmentée). Publiée par les soins de : P. ABULKER, L. CHERTOK, M. SAPIR. — Expansion Scientifique Française, Edit., Paris.
- « **Comment prescrire... les Décadrols** », par M. ALBEAUX-FERNET. — Expansion Scientifique Française, Edit., Paris.
- « **Les chorio-épithéliomes intra-thoraciques** », par G. BROUET, J. CHRÉTIEN et G. ROUSSEL. — Expansion Scientifique Française, Edit., Paris.

Chronique de l'OMS : Pharmacopœa internationalis, Editio prima. Supplémentum. — Organisation Mondiale de la Santé 1959.

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^{ter}, rue Saint-Didier, PARIS-16^e



SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

CARNET.**NECROLOGIE.**

Le Corps Médical de Tunisie a été très éprouvé cette année. En effet, nous avons eu à déplorer le décès de nos confrères :

Dr BRUGAIROLLE André,
Dr DOUIEB Charles,
Dr EL-FAZAA Salah,
Dr GUEDANA Chadly,

ainsi que celui de :

Mme REZGALLAH, mère de notre confrère, le Dr Abdelméjid REZGALLAH, Médecin à Sousse;

M. PANCRAZI, père de notre confrère, le Dr Gaspard PANCRAZI, Médecin à Tunis;

M. EL-KAABI, frère de notre confrère, le Dr Ahmed EL-KAABI, Médecin Cardiologue à Tunis.

Aux familles éprouvées, nous présentons nos sincères condoléances.

Ed. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- PLAIES ATONES
- ESCARRS
- ULCÈRES VARIQUEUX

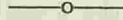
Évite les inconvénients des corps gras.
Favorise la **diapédèse** et la **leu cocytose**.
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

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



INFORMATIONS.**ACADEMIE AMERICAINE DES PNEUMO-PHTISIOLOGUES
(SOCIETE INTERNATIONALE)**

112, East Chestnut Street. Chicago 11, Illinois, U.S.A.



Le VI^e Congrès International des Affections Thoraciques se tiendra à Vienne (Autriche), du 28 août au 1^{er} septembre 1960, sous le patronage du Gouvernement d'Autriche, avec le Docteur Karl FELLINGER, Professeur de Médecine à l'Université de Vienne, comme Président. Des praticiens représentant les divers pays du monde participeront aux discussions scientifiques qui traiteront de toutes les questions concernant les soins et le traitement des affections thoraciques (cœur et poumons).

Les confrères voulant présenter des communications sont priés de s'adresser à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique, auquel cette invitation a été envoyée, et qui transmettra les noms et adresses des intéressés.

Imp. BASCONE & MUSCAT — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

SCHOUM**FOIE****REINS****VESSIE****DRAGÉES****MAGNOSCORBOL**

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL**Antiseptique**

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2



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

En toute confiance ...

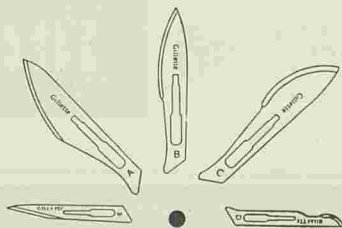


Tranchant parfait, qualité toujours égale :
utilisez en toute confiance les lames
chirurgicales Gillette.

Gillette a mis au service des lames
chirurgicales ses 60 années d'expérience
dans la fabrication des lames les plus
tranchantes et les plus sûres du monde.
Il existe une forme adaptée à chaque cas.
Encastées dans leur manche façonné avec
soin, elles sont absolument rigides.

Gillette

Lames chirurgicales et manches



En vente dans les magasins spécialisés

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM A FOURATI — S. MESTIRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture :

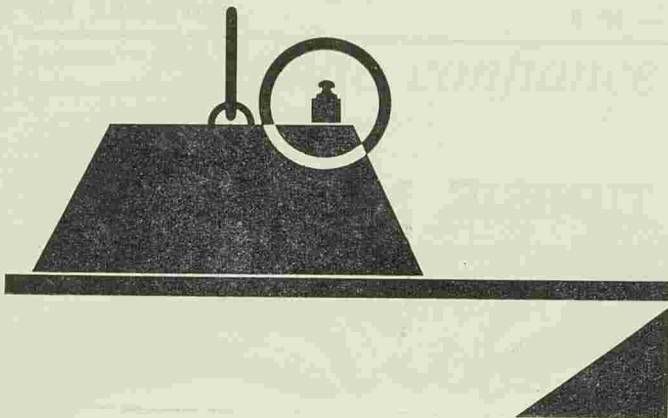
Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTIRI.

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et D^r A. KHALFAT.

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays



Après 3 ans d'expérience
3 raisons
pour
préconiser
l'association

PHÉNYLBUTAZONE MIDY VITAMINE C



- ① La vitamine C est un facteur de protection de la muqueuse gastrique.
- ② Le traitement par la Phénylbutazone entraîne une carence en vitamine C qu'il faut compenser.
- ③ La vitamine C permet "l'utilisation sans arrière-pensée de la Phénylbutazone" (M. Lion, Thèse Paris, 1959)

Comprimés 100 mg Phénylbutazone
P. Cl. 5 100 mg Vitamine C
Flacon de 40

Suppositoires 250 mg Phénylbutazone
P. Cl. 4 250 mg Vitamine C
Boîte de 10

POSOLOGIE

Traitement d'attaque :
5 comprimés ou 2 suppositoires par jour.
Traitement d'entretien :
1 à 2 comprimés, 1/2 à 1 suppositoire par jour.

Remboursé par la Sécurité Sociale
Documentation sur demande



67, avenue de Wagram, PARIS (17^e)

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

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



- Ostéomyélites graves. Staphylococcies à localisations multiples. A propos de 5 observations,*
par MM. Saïd MESTIRI, RAOUF BEN BRAHEM, Yves CHAMPEY 579
- Les laryngites sous-glottiques grippales de l'enfant. Revue générale,*
par M. L. MOATTI, O. R. L. de l'Hôpital Sadiki 597
- Remarques sur le traitement de la stérilité. (A propos de 106 cas guéris). Communication faite à la Société Médicale en décembre 1959,*
par M. G. VALENSI 629
- Purpura aigu au cours d'une grippe; expression clinique probable d'un phénomène de Shwartzmann,*
par Naceur HADDAD, Armand SAFFAR et Yvane PILIC .. 643

Infections Rhino Sinusiennes

ADULTES **BENZO DODECINIUM** 0,25%

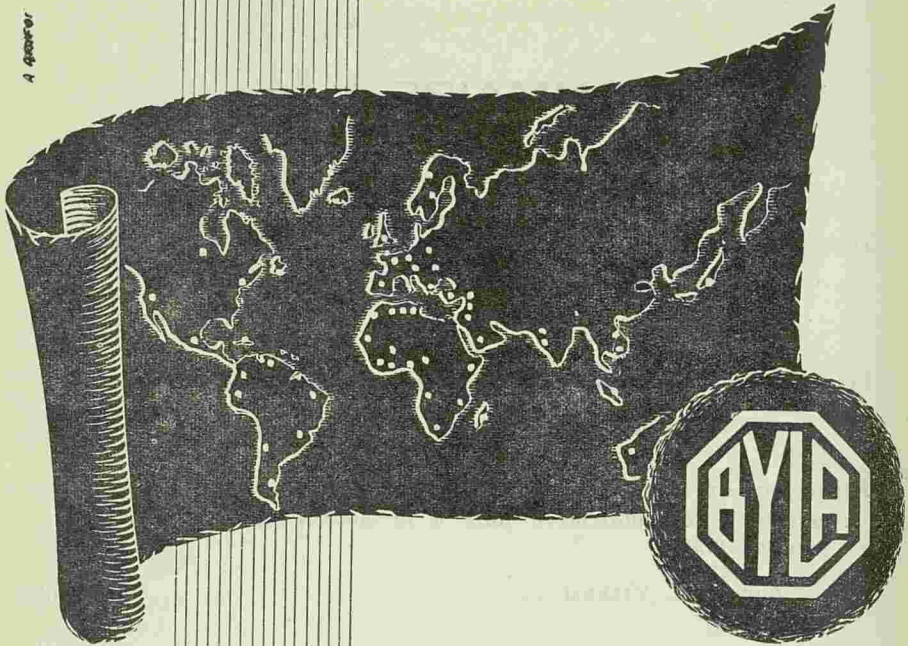
ENFANTS **PROPIONATE de SODIUM** 2,50%

GOUTTES O.R.L. EN NEBULISEUR

LABORATOIRES **CHIBRET** CLERMONT-F^d PARIS



TUNISIE. — Ets COHEN-JONATHAN : 55, A. de Londres — TUNIS



HORMONES

VESIDRYL

VITAMINES

CHOLERETIQUE

Insuffisance hépatique

Hépatite

Ictères

Constipation

TONIQUES

Boîtes de 25 comprimés de 250 mg

LABORATOIRES BYLA - 20 RUE DES FOSSÉS - S^T-JACQUES - PARIS V^E - ODE. 28-30

SOMMAIRE (2^{me} partie)



Revue de l'athérosclérose, N° 1, Organe de la Société Française de l'athérosclérose,
 par M. BEN NACEUR 651

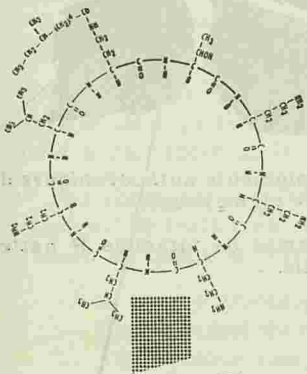
Société de Médecine de Paris 663

Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française 665

Analyse (Dr Amara ZAIMI) :
Traitement des suppurations broncho-pulmonaires,
 par H. WARENBOURG en collaboration avec M. PAUCHANT 666

Livres reçus 667

Chronique de l'O. M. S. 668



**Le plus puissant des antibiotiques
 contre les germes Gram-négatifs,
 colibacille, pyocyanique.**

colimycine



COMPRIMÉS 250.000 U. flacons de 30
 1.500.000 U. flacons de 10

FLACON-AMPOULE 500.000 U.
 1.000.000 U.



LABORATOIRE ROGER BELLON - NEUILLY - PARIS

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

OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

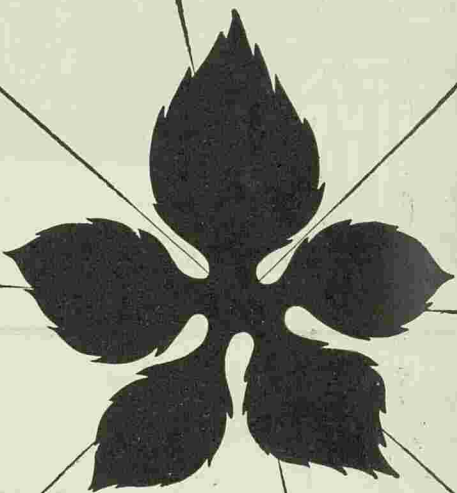
Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations vasculaires.

Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.



A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.

1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.

LABORATOIRES

Biosedra

S. A., 28, RUE FORTUNY - PARIS-17^e - TÉL. CAR. 20-22, 23

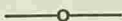
USINE A MALAKOFF

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

Ostéomyélites graves Staphylococcies à localisations multiples

A propos de 5 observations

par les D^{rs} Saïd MESTIRI, Raouf BEN BRAHEM, Yves CHAMPEY



Cette étude porte sur 5 cas d'infections graves à staphylocoques, observés d'octobre 1958 à juillet 1959.

Notre idée première était de les présenter en tant qu'ostéomyélites graves, compliquées, mais demeurant dans le domaine de la pathologie chirurgicale.

En effet, depuis l'ère des antibiotiques, les ostéomyélites sont considérées comme des affections essentiellement chirurgicales qui posent un certain nombre de problèmes de pronostic fonctionnel au chirurgien.

Pendant les faits observés font apparaître la question sous un jour quelque peu différent si l'on tient compte des points suivants :

1° L'antibiothérapie aux doses usuelles, associée à un traitement local, si bien conduit soit-il, se solde parfois par un échec, causant ainsi un retard qui peut être préjudiciable sinon grave.

2° Le syndrome infectieux et les signes généraux revêtent parfois une gravité telle qu'ils mettent en danger la vie du jeune malade et relèguent à l'arrière-plan le syndrome local.

3° Par conséquent, le traitement local mis à part et bien établi actuellement, le traitement général doit être codifié de façon précise et se baser au début et pendant toute l'évolution de la maladie sur :

- la courbe thermique;
- l'état général du malade;
- l'importance des disséminations purulentes métastatiques;
- les résultats des examens de laboratoire.

4° Chaque fois, que l'on soupçonne le moindre élément de gravité, il est indispensable d'instituer une antibiothérapie massive, au besoin par voie intraveineuse. On y associera la corticothérapie par voie générale dans certains cas gravissimes.

5° Enfin cette antibiothérapie elle-même ne doit pas être aveugle. Elle doit être rationnelle, c'est-à-dire se baser dans la quasi-totalité des cas sur les résultats de l'antibiogramme.

L'étude, *in vitro*, de la résistance des germes aux antibiotiques, malgré toutes les critiques qu'on ait pu lui faire, reste un examen primordial.

Toutes ces constatations nous ont amenés à modifier le titre même de notre exposé.

L'aspect chirurgical gardant toute son importance, il semble cependant plus logique d'insérer ces observations, tant sous leur angle clinique que thérapeutique, dans le cadre plus général des septicopyohémies à staphylocoques.

OBSERVATION 1

Le jeune M'Hamed, 8 ans, est adressé dans le Service de Chirurgie « A » de l'Hôpital Habib Thameur, pour traumatisme négligé de l'épaule gauche le 21 octobre 1958.

— Aucun renseignement sur l'histoire de la maladie, sauf qu'il est habituel d'invoquer le traumatisme en cas d'affection osseuse.

— L'enfant est amaigri, fébrile (T. à 40°), asthénique.

— A l'examen, un signe domine l'aspect de l'épaule gauche augmentée de volume.

— Tuméfaction chaude, douloureuse, fluctuante avec impotence du membre supérieur.

— Une radiographie de l'épaule montre : un aspect cotonneux de l'extrémité supérieure de l'humérus avec par endroit une fonte de l'os et une disparition des contours.

Devant cet aspect on évoque le diagnostic de tumeur blanche de l'épaule.

L'incision de l'abcès de l'épaule ramène un pus bien lié qui est envoyé au laboratoire pour identification de germes.

Traitement :

— Plâtre thoracobracial.

— Pénicilline : 500.000 u.

— Streptomycine : 0,50 g.

La température chute le lendemain à 37° et se maintient à ce niveau pendant 48 heures, mais elle remonte par la suite décrivant des oscillations autour de 38°-38°5.

Le 27 octobre, réponse du laboratoire : analyse du pus articulaire :

— Staphylocoque.

— Pas de BK.

L'enfant maigrit et la température continue d'osciller autour de 38°5. La cuti-réaction est négative.

— L'hémogramme montre : une anémie à 2.400.000 GR et une leucocytose à 9.000 GR avec 62 % polys.

Ce qui n'est pas tellement en faveur, d'une suppuration à germes banaux.

Deux diagnostics sont toujours en présence :

- d'une part l'ostéoarthrite tuberculeuse en raison de l'image radiologique, de l'absence d'hyperleucocytose;
- d'autre part l'ostéomyélite de l'épaule en raison de la présence de staphylocoque (qui peut cependant surinfecter un abcès tuberculeux) et de la négativité de la cuti-réaction.

On renforce cependant le traitement antibiotique :

- Pénicilline : 3 millions u.
- Erythromycine : 0,60 g.
- Streptomycine : 0,50 g.

Mais deux faits viendront écarter le diagnostic de tuberculose :

1° La négativité de l'Intradermo à 10 u.

2° L'aspect des lésions osseuses se précisant sur une nouvelle radiographie.

On note sur celle-ci un foyer d'ostéomyélite, avec lésions staphylococciques para-articulaires (et non articulaires), avec lyse osseuse de la métaphyse.

A signaler, par ailleurs, un décollement épiphysaire de l'épaule droite, probablement traumatique, qui était passé inaperçu.

3° Quinze jours après l'entrée dans le service apparaissent 2 autres abcès dans la région iliaque droite et à la cuisse gauche.

On institue un traitement à base de :

- Pénicilline : 5 millions u; puis 10 millions u. en perfusion intra-veineuse,
- Carthomycine : 1,50 g.
- Erythromycine : 0,80 g.
- Tifomycine : 0,75 g.

Avec transfusions sanguines et analeptiques.

Ce traitement n'empêchera pas le décès de l'enfant 5 jours plus tard (soit 20 jours après l'entrée) dans un état de cachexie profonde, hautement fébrile, avec une dissémination impressionnante d'abcès métastatiques (une dizaine environ), abcès essentiellement sous-

l'antibiothérapie chez l'enfant
par les **poudres aromatisées** Roussel

TIFOMYCINE

poudre aromatisée

salmonelloses
septicémies
méningites

ERYTHROMYCINE ROUSSEL

poudre aromatisée

staphylococcies
infections
respiratoires
diphthérie

SOFRAMYCINE

poudre aromatisée

gastro-entérites

*Absorption facile après mise en
suspension dans un peu d'eau tiède.*



LES LABORATOIRES ROUSSEL

35, boulevard des Invalides, **PARIS-VII^e**

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

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

cutanés, un véritable lacher de ballon apparu sous-antibiothérapie intensive.

Pour cette observation nous nous devons de faire notre auto-critique :

4° L'affection a été longtemps (7 jours) considérée comme essentiellement chirurgicale.

Il n'y a eu ni hémoculture, ni antibiogramme.

L'antibiothérapie à doses convenables n'a été instituée que tardivement et nous n'y avons pas associé la corticothérapie comme nous aurions dû le faire pour une septicopyohémie à staphylocoques gravissime.

OBSERVATION 2

Fawzi, 6 ans, vient consulter l'un* de nous en ville pour arthrite du genou droit, le 21 novembre 1958.

Dans les antécédents nous notons : une pyodermite au début de novembre et vers le 15 novembre l'enfant se plaint du genou droit qui prend une allure inflammatoire.

Le médecin traitant ponctionne l'article, en retire un liquide (?) et prescrit des antibiotiques.

Le 21 novembre l'enfant se présente avec : une fièvre à 40°; un facies de suppuration; un état général relativement conservé.

A l'examen physique : des cicatrices de pyodermite et une tuméfaction importante du genou droit avec légère réaction liquidienne et œdème cutané, dont l'aspect ne semble laisser aucun doute quant au diagnostic d'ostéomyélite du genou.

L'enfant est hospitalisé le jour même dans le Service de Pédiatrie de l'Hôpital Habib Thameur.

On fait un plâtre fenêtré du membre inférieur droit et on prescrit :

- Pénicilline : 4 millions u. en intra-musculaire.
- Erythromycine : 0,80 g.
- Cathomycine : 1 g.

Antibiotiques qui nous paraissent électivement antistaphylococciques.

Un certain nombre d'examen complémentaires sont pratiqués :

- Hémogramme : 3.500.000 GR, 11.600 GB avec 60 % polys-neutros.
- Vitesse de sédimentation : 80-125.
- Urée sanguine : 0,28.

- Examen des urines : urines bouillon sale, albumine en grande quantité, cylindres hyalins et granuleux, absence de germes.
- Hémoculture.

Les parents préfèrent transporter l'enfant en clinique.

La fièvre continue à osciller autour de 38°5-39° et dans l'hémoculture on trouve du staphylocoque pathogène (pas d'antibiogramme).

Est-ce une septicémie ou une bactériémie transitoire ?

Le fait est que le malade n'est plus considéré comme une ostéomyélite simple.

Après dénudation de veine on installe en perfusion, 7 millions u de pénicilline I.V.

On y associe érythromycine et cathomycine à fortes doses.

Le 29 novembre : Incision sur l'arthrite qui ramène une quantité abondante de pus franc, bien lié, qu'on envoie au laboratoire (Dr Ali BOUJENAH).

Tout ceci ne semble exercer aucune influence sur la fièvre, sur les signes généraux.

Le 2 décembre on refait un bilan :

- Hémogramme : leucocytose et polynucléose.
- Culot urinaire, légère albuminurie.
- Radiographie pulmonaire : normale.
- Radiographie du genou : érosion discrète du condyle interne.

Mais surtout dans le pus prélevé après incision de l'arthrite purulente on trouve du staphylocoque pathogène, dont on teste, cette fois-ci, la sensibilité aux antibiotiques.

L'antibiogramme du pus prélevé, après incision, montre un staphylocoque avec une sensibilité à :

Streptomycine,
Rovamycine,
Tifomycine.

- A un degré moindre, sensibilité à :

Erythromycine,
Magnamycine,
Framycétine.

- Résistance à la Pénicilline

On modifie totalement le traitement antibiotique.

On arrête la perfusion intra-veineuse de la Pénicilline, l'Erythromycine et la Cathomycine.

Et on prescrit d'importantes doses de :

- Streptomycine : 1 gr.



DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
PAR VOIE ORALE
BACTÉRICIDE

Entobex

UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

C I B A

- Tifomycine : 0,75 g) en se basant sur
- Rovamycine : 2 g) l'antibiogramme.

L'amélioration est spectaculaire, la chute thermique à 37° se produit en 48 heures, l'abattement disparaît, l'état général est transformé. Cette amélioration se maintient dans les jours suivants.

L'état local par contre nécessite plusieurs ponctions articulaires qui ramènent un pus de plus en plus fluide. Ces ponctions sont suivies d'injection in situ de streptomycine et d'hydrocortisone et sont renouvelées à 4 reprises en 10 jours.

Le traitement antibiotique est poursuivi aux mêmes doses une quinzaine de jours, puis après quelques jours, à doses dégressives, et l'enfant sort de la clinique pratiquement guéri.

Il est à noter dans cette observation :

1° Que l'hémoculture a été positive.

2° Qu'il s'agissait bien d'ostéomyélite grave avec état septicémique, car l'immobilisation plâtrée et l'incision n'ont eu aucun effet sur l'évolution générale de la maladie.

3° Que le tableau clinique a été complètement modifié dès que fut institué une antibiothérapie rationnelle basée sur les résultats de l'antibiogramme.

Enfin, que nous n'avons pas été dans l'obligation de recourir à la corticothérapie par voie générale.

OBSERVATION 3

Par son allure clinique cette observation est comparable à la première.

Miriam, âgée de 12 ans, est adressée dans le Service de Chirurgie « A » de l'Hôpital Habib Thameur, pour phlegmons de la cuisse gauche et du 1/3 supérieur de la jambe droite, le 19 mai 1959.

A son entrée :

- Fièvre à 40°.
- Etat général extrêmement altéré, pratiquement cachectique.
- Prostration entrecoupée d'agitation.
- Obnubilation.

Tous signes qui donnaient au tableau une allure véritablement pseudo-encéphalitique.

— Le diagnostic de septicémie ne semblait faire aucun doute, en raison de l'existence de 2 collections purulentes importantes, fluctuantes de la cuisse gauche et du 1/3 supérieur de la jambe droite.

— Le jour même on installe une perfusion I.V. de :

5 millions u de pénicilline;

d'une ampoule d'hémisuccinate d'hydrocortisone I.V.

— On associe 1 g, 50 de streptomycine en intra-musculaire et des analeptiques.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

- Hémogramme : 3.100.000 GR, 14.000 GB avec 80 % de polys.
- Hémoculture : négative.

— Les collections purulentes sont incisées, on demande un examen bactériologique du pus avec antibiogramme.

La radiographie des membres inférieurs montre : sur le fémur gauche et le tibia droit des signes discrets de périostite, c'est la phase préradiologique de l'atteinte osseuse.

— On fait un plâtre des 2 membres inférieurs.

Cependant pendant 10 jours, malgré le plâtre, le traitement antibiotique énergique et la corticothérapie I.V., l'état général reste altéré et surtout apparaissent d'autres collections purulentes au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

— L'amélioration ne commence que vers le 1^{er} juin.

— On substitue la Delta cortisone buccale à l'hydrocortisone I.V. et on associe l'Erythromycine.

Entre le 7^e et le 10^e jour : clochers fébriles à 39°.

L'Erythromycine est remplacé par la Rovamycine.

Nous obtenons tardivement le résultat de l'antibiogramme.

— Staphylocoque pathogène, résistant à la Pénicilline.

- Sensible à la Streptomycine,
- Auréomycine,
- Chloromycetine,
- Terramycine.

La Pénicilline I.V. est arrêtée, on donne :

- Streptomycine : 1 g (en se basant sur
- Tifomycine : 1 g 50 (l'antibiogramme
- Delta cortisone : 4 comprimés.

La température revient progressivement à la normale.

L'état général se transforme et cette fille qui était cachectique, moribonde, reprend un aspect normal.

— Elle reste sous plâtre.

Des hémogrammes répétés montrent cependant la persistance d'une leucocytose avec polynucléose, et la vitesse reste accélérée autour de 135 (1^{re} heure).

— La corticothérapie est arrêtée un mois après le début du traitement.

— L'antibiothérapie (Streptomycine et Tifomycine, puis Tifomycine seule) est poursuivi 3 mois.



LABORATOIRES

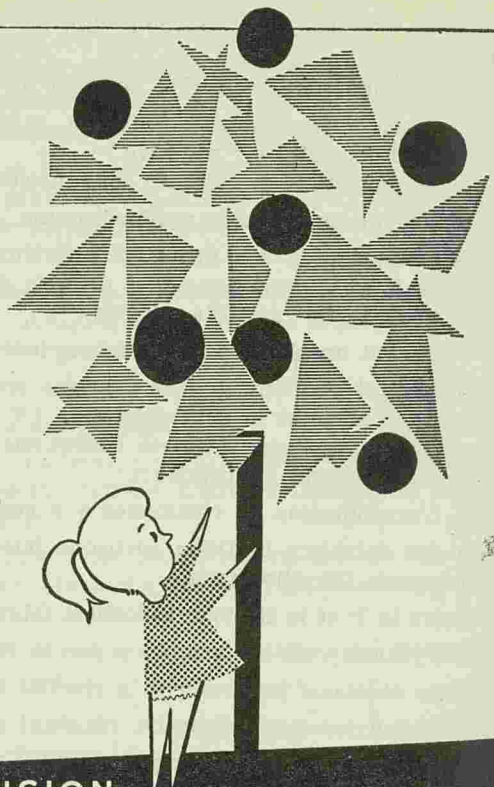
Sarbach

CHATILLON S-CHALARONNE - AIN.

STABLE
PRÊTE A L'EMPLOI
GOUT DÉLICIEUX DE
FRAMBOISE ET D'ABRICOT



Toutes les indications
du Chloramphénicol en Patirid 3e



LAMARCAULTON 22


SUSPENSION AU PALMITATE DE

CHLORAMPHÉNICOL

A 3,65% SARBACH

*
REMBOURSÉE A 90 %
PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
AGRÉÉE PAR L'A.M.G.
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITÉS

P.C. 14



ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPHARMA — 4, Pas. d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

A signaler une albuminurie et la présence de sang dans les urines signant une atteinte rénale d'ailleurs rapidement résolutive.

Devant l'amélioration manifeste de la maladie la famille fait sortir la malade. Celle-ci quitte le Service avec un traitement antibiotique : immobilisation et repos absolu.

Ce fut une erreur, car elle revient 8 jours après, à la suite d'une douleur intense de la cuisse gauche et une fracture pathologique du fémur gauche due au défaut de surveillance stricte et d'immobilisation prolongée.

La radiographie objective cette fracture pathologique avec séquestration de la presque totalité de la diaphyse fémorale.

Le pronostic fonctionnel ne peut être établi actuellement. Il est à prévoir plusieurs interventions chirurgicales pour enlever les séquestres ou pour greffer éventuellement.

En conclusion : Il s'agit d'une septicopyohémie particulièrement grave, à localisations osseuses, avec multiples localisations secondaires osseuses et cutanées. Cette septicopyohémie a bien réagi au traitement antibiotique à fortes doses et à la corticothérapie.

Après 4 mois, elle se présente actuellement comme un problème de pronostic essentiellement local.

OBSERVATION 4

Nejiba, 4 ans 1/2, est admise dans le Service de Pédiatrie de l'Hôpital Habib Thameur, le 7 juillet 1959, pour staphylococcie maligne de la face.

A l'examen : Fièvre à 39°, état général altéré.

Toute la partie supérieure de l'hémiface gauche est le siège d'un œdème important infectieux, cyanotique, douloureux, infiltrant la paupière supérieure gauche, la paupière inférieure, la partie supérieure de la joue gauche et la région nasale gauche, entraînant l'occlusion totale de l'œil qui paraît cependant normal.

- La glande lacrymale paraît infectée.
- La veine nasale n'est pas indurée.

Le point de départ semble être un petit élément de pyodermite déjà guéri et desquamant de l'aile gauche du nez. Cependant on note deux autres localisations :

1° Un abcès sous-cutané de la taille d'une grosse cerise à la face postérieure du thorax, dans la région sous-épineuse, abcès collecté.

2° Une tuméfaction étendue, d'allure inflammatoire, mais non fluctuante, de la face postérieure de la cuisse gauche, sans image radiologique au niveau du fémur.

- L'abcès sous-cutané thoracique est ponctionné, on retire un pus

bien lié qui est envoyé au laboratoire aux fins d'identification et d'antibiogramme.

On institue un traitement comprenant :

- 4 millions u de Pénicilline.
- 1 g de Chloromycetine par jour.
- 1 g de Streptomycine.
- Pas de corticothérapie.
- L'hémoculture est négative.
- La température baisse rapidement

L'état local ne s'améliore que lentement surtout au niveau de la face.

L'examen du pus montre la présence de staphylocoque pathogène, résistant à la Pénicilline, de sensibilité limitée à la Streptomycine et Auréomycine. Sensible à la Chloromycetine et à la Terramycine.

Après 10 jours de traitement, l'état local s'améliore, l'enfant peut ouvrir l'œil et on note alors un strabisme interne par paralysie du VI gauche.

Le traitement est arrêté après 7 semaines et on laisse l'enfant une semaine avec 0,75 g de Terramycine.

Elle sort complètement guérie, la face est normale, le strabisme a pratiquement disparu.

Il ne persiste qu'une tuméfaction limitée, dure, d'aspect ligneux, sans phénomènes inflammatoires au niveau de la face postérieure de la cuisse gauche.

En résumé, triple localisation staphylococcique dont une assez importante à l'hémiface gauche.

Le traitement antibiotique basé sur les résultats de l'antibiogramme a entraîné la guérison sans histoire.

OBSERVATION 5

Le jeune Hamida, 10 ans, est hospitalisé en Ch. A. H. à l'Hôpital Habib Thameur, le 22 septembre 1959 parce qu'il présente :

— Une tuméfaction douloureuse et fluctuante au niveau de la crête iliaque droite, et une autre, très douloureuse, à la face antérieure du bras gauche, rendant tout mouvement difficile.

— La température est à 39°8.

L'interrogatoire révèle que l'enfant a eu une plaie par tesson de bouteille à la face plantaire du pied droit.

Deux jours après, la tuméfaction iliaque apparaissait, et un jour plus tard encore la localisation brachiale.

Le 24 septembre : les deux abcès sont incisés et donnent un pus



TUNISIE -- Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

verdâtre, bien lié, inodore. L'os sous-jacent est intact, l'intégrité osseuse est constatée radiologiquement.

Un drain de polytène est laissé en place dans les deux cavités. L'hémogramme donne les résultats suivants :

- GR : 4.650.000.
- GB : 11.000.
- Polys-neutros : 85 %.

Dès son entrée le malade reçoit :

- Pénicilline : 2 millions u.
- Streptomycine : 1 g.
- Auréomycine intra-veineuse.

Le 25 septembre : On ajoute la Chloromycétine.

Le 27 septembre : L'examen de pus révèle :

- La présence de staphylocoque.
- Pénicillino-résistant.

Sensible à :

- Streptomycine,
- Auréomycine,
- Chloromycétine,
- Terramycine.

Le 28 septembre, soit six jours après le début du traitement, le malade est apyretique.

- L'Auréomycine arrêtée le 2 octobre.
- La Pénicilline et Streptomycine le 12 octobre.
- La Tifomycine le 14 octobre.

Depuis le 28 septembre, la température est normale, l'enfant n'accuse plus rien et son état général satisfaisant.

En résumé, double localisation staphylococcique sous-cutanée ayant réagi au traitement antibiotique seul.

Pas de localisation osseuse.

* * *

Au total, il s'agit de 5 observations de staphylococcies graves, dont une mortelle.

Cette gravité est due :

- soit à la sévérité de l'atteinte de l'état général;
- soit à la dissémination de la staphylococcie;
- soit à la carence, l'insuffisance ou au retard de traitement;
- enfin, à l'association éventuelle de ces différentes causes.

L'intérêt de cette communication à notre avis est de rappeler que

nouveau

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

(o-hydroxy-phényl) 2 oxadiazole 1-3-4
(512 J. L.)

sommeil naturel
réveil agréable
usage prolongé sans effets secondaires

1 à 2 comprimés en se couchant

tube de 25 comp. sécables à 0,30 g.
sécurité sociale P. cl. 5



ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Échantillons et littératures
O. S. P. 10, rue Amilcar, TUNIS

dans l'ère des antibiotiques, il existe toujours des staphylococcies graves et même mortelles.

La dissémination staphylococcique se poursuit parfois même sous antibiothérapie massive.

Il est évident que le nombre de ces formes a considérablement diminué.

Ainsi pour 56 cas d'ostéomyélites observés pendant la même période, on ne relève que 5 formes graves.

Cependant l'existence de ces formes, malgré les antibiotiques, et d'autres que nous l'ont observé (Bibliographie), doit inciter à faire preuve de vigilance devant toute ostéomyélite ou staphylococcie.

De notre point de vue, chaque fois que l'on se trouve en présence d'une forme grave d'infection staphylococcique, le traitement doit être appliqué de façon **précoce, intensive et prolongée.**

Ce traitement doit comprendre plusieurs points :

1° **L'antibiothérapie en premier lieu.** Elle doit se baser chaque fois qu'il est possible sur les résultats de l'antibiogramme. Avant d'avoir connaissance de ces résultats on peut proposer une des deux associations suivantes :

- Pénicilline I.V.,
- Rovamycine,
- Streptomycine,

ou :

- Pénicilline I.V.,
- Rovamycine,
- Chloromycétine.

Ensuite on instituera les antibiotiques, les plus actifs in vitro.

— La Pénicilline sera administrée au début en perfusion intraveineuse à la dose de 5 à 10 millions d'unités par jour au minimum.

— La Rovamycine, Streptomycine, Auréomycine, Chloromycétine, Terramycine doivent être administrées tout au moins au début à des fortes doses, soit 0,10 g par kg de poids et par jour chez le jeune enfant.

— Une association de trois antibiotiques paraît en général souhaitable.

— Il paraît préférable d'abandonner un antibiotique si l'antibiogramme montre une franche résistance. Ceci concerne surtout la Pénicilline, même I.V., qu'il est habituel d'installer dès le début de la maladie.

— Les doses d'antibiotiques après une amélioration franche peuvent être réduites de moitié.

2° **La corticothérapie.** Elle ne semble pas nécessaire dans tous les

cas. Il convient de la réserver aux cas gravissimes avec altération très importante de l'état général, ou aux cas de résistance du germe à plusieurs antibiotiques à la fois.

Elle sera faite au début par voie intra-veineuse, en principe en perfusion, à raison de 1 ampoule de 25 mg d'hémisuccinate d'hydrocortisone par jour.

Elle sera remplacée une fois le cas dangereux franchi par la Delta cortisone par voie buccale à raison de 15 à 20 mg selon l'âge, puis sera arrêtée après quelques jours, à doses dégressives.

3° Ceci nous amène à parler de la réanimation. Certains cas gravissimes nécessitent l'installation d'une réhydratation, surtout par sérum glucosé, plasma, hydrolysats de protéines. A cette réhydratation on associera des transfusions sanguines, des analeptiques cardiovasculaires et la vitamiothérapie.

4° Le traitement chirurgical ne doit pas être négligé et doit être institué sans retard.

— Rappelons ses principes généraux :

- 1° Immobilisation plâtrée rigoureuse pour les localisations osseuses.
- 2° Evacuation des collections et injection d'antibiotiques in situ.

A cet égard nous avons suivi la méthode qui consiste à suturer l'incision après évacuation, sous aspiration modérée.

BIBLIOGRAPHIE

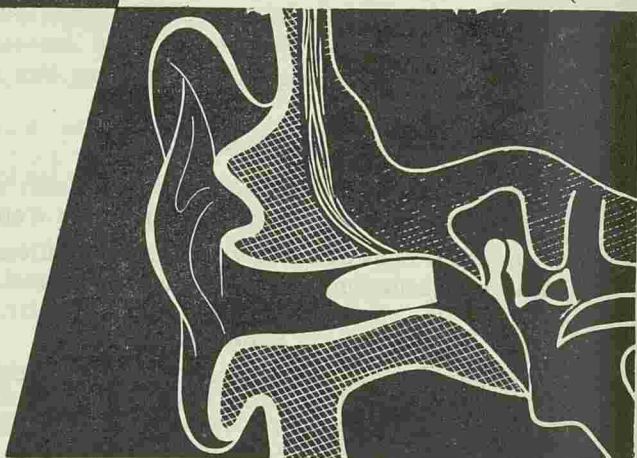
- MERIEL - FOURNIÉ : « Remarques à propos des Septicémies à Staphylocoques ». Sem. Hôp. Paris, 1958, 34, p. 392.
- LOISEAU - MARCHAND : « Septicémie à Staphylocoque doré d'origine sinusienne ». Soc. de Laryngologie des Hôp. de Paris, 29 avril 1957.
- MERIEL - BOUNHOURE : « Septicémie à Staphylo ayant simulé une maladie de Weber-Christian ». Soc. Méd. Chir. Pharm. de Toulouse, 26 novembre 1956.
- DENTON C. et coll. : « Bacterial endocarditis following cardiac surgery ». Circulation, 1957, 15, p. 525.
- FISCHER - WAGNER - ROSS : « Staphylococcal endocarditis ». Arch. Intern. Méd., 1955, 95, p. 427.
- JAN BON - BERTRAND : « Injections osleriennes à Staphylo et cardiopathies congénitales ». XXX^e Congrès Fr. Médec. Communication, 1 vol. Masson, Edit.
- SEDALLIAN - KALB - MULLER : « Entérite cholériforme suraiguë à Staphylo après Antibiothérapie. Guérison par l'Erythro et l'Hémisuccinate d'hydrocortisone ». Soc. Méd. Hôp. Lyon, 17 mars 1958.
- CHABERT - BERROD : « Activité antistaphylococcique de la Novobiocine ». Presse Médicale 1958, 66, p. 809.
- LUTZ - GROOTEN - AOFFERER : « Evolution et modifications de la résistance des Staphylocoques pathogènes à 6 antibiotiques usuels de 1950 à 1956 ». Presse Médicale 1957, 65, p. 412.
- GIBSON : « Erythromycine résistant staphylococcus pyogènes ». Scottish Méd. J. 1958, 2, p. 91.
- PETERSDORF - CURTIN - BENNETT : « The sensitivity of two hundred strains of hemolytic staphylococci to a series of antibiotics ». Arch. Int. Méd. 1952, 100, p. 927.

OTOCONES

UNE NOUVELLE FORME
THERAPEUTIQUE
EN OTOLOGIE

CRÉÉE PAR LES

LABORATOIRES
CHIBRET



4
Avantages

- ACTION OPTIMA PAR CONTACT PROLONGÉ AVEC LES LÉSIONS
- DIFFUSION RETARD AU SEIN DE CES LÉSIONS
- FONTE RAPIDE ET RÉSORPTION TOTALE DE L'EXCIPIENT
- TOLÉRANCE PARFAITE

			TABEAU	PRIX FRANCE	S. S.	A. M. G. COLLECTIVITÉS
OTOCONES AU BENZO-DODECINIUM	3‰	Otitis chroniques Otitis externes circonscrites ou diffuses		cl. 3	+	
OTOCONES AU CHLORAMPHÉNICOL STREPTOMYCINE (dihydro)	1‰	Otitis chroniques avec écoulement purulent Otitis externes	C	cl. 4	+	+
OTOCONES A L'HYDROCORTISONE	2‰	Otitis catarrhales Eczémas et prur' de l'oreille	A	cl. 12	+	

TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Avenue de Londres - TUNIS

Les laryngites sous-glottiques grippales de l'enfant

REVUE GÉNÉRALE

par le D^r L. MOATTI,
O. R. L. de l'Hôpital Sadiki

—o—

Dans le vaste chapitre des dyspnées laryngées aiguës de l'enfant, les laryngites sous-glottiques occupent une place importante, du fait de leur fréquence, de la difficulté de leur diagnostic, des problèmes thérapeutiques difficiles qu'elles posent.

L'endoscopie a considérablement enrichi nos connaissances sur cette affection caractérisée par :

- un syndrome fonctionnel qui est la dyspnée inspiratoire;
- un syndrome d'infection générale;
- une lésion anatomique, tantôt localisée à la sous-glotte sous forme d'un bourrelet œdémateux, tantôt étendue à tout l'arbre laryngo-trachéo-bronchique.

L'origine grippale est indéniable, car c'est toujours au cours des épidémies de grippe que surviennent ces laryngites.

Leur apparition est apparemment primitive, se distinguant par là des laryngites secondaires aux angines diphtériques et aux fièvres éruptives.

Leur origine microbienne est certaine. Le staphylocoque semble être le germe le plus souvent en cause. Mais tous les germes de la flore saprophytique du rhino-pharynx ont été incriminés, chacun suivant une fréquence qui varie avec les auteurs.

On tend actuellement à penser que le véritable agent pathogène est un virus filtrant, comme semble le prouver la positivité de la réaction de Hirst, positivité qui est cependant loin d'être constante.

Les laryngites grippales de l'enfance peuvent se présenter sous les formes les plus variées, depuis la simple laryngite catarrhale que nous n'avons pas à étudier ici et qui se traduit par un léger enrrouement, une dyspnée discrète, une toux quinteuse et aboyante, jusqu'à la laryngo-trachéo-bronchite fulgurante qui tue en quelques heures, en passant par la laryngite striduleuse où domine l'élément spasmodique qui fait son caractère transitoire, et par la laryngite sous-glottique où

domine l'œdème qui fait le caractère permanent et continu de la dyspnée.

Ainsi donc, laryngites catarrhales, laryngites striduleuses, laryngites sous-glottiques et laryngo-trachéo-bronchites, ne sont, à notre avis, que des aspects cliniques différents d'une même maladie. Au départ, la lésion anatomique est la même : c'est le processus inflammatoire de la région sous-glottique.

Suivant l'importance de cette lésion, suivant son extension qui peut être progressive ou se faire d'emblée, suivant certains autres éléments, tels l'âge du malade, la virulence microbienne, la sévérité de certaines épidémies, la maladie prend une allure dont la variabilité rend multiples les formes cliniques rencontrées.

Cette théorie uniciste des laryngites de l'enfance n'est pas classique. Mais nos constatations cliniques, endoscopiques et opératoires portant sur quelques centaines de cas échelonnés sur 30 années de pratique, nous autorisent à penser que cette théorie répond à la vérité.

I. — HISTORIQUE

Quelques mots d'historique sont nécessaires pour montrer l'évolution de nos connaissances sur les laryngites de l'enfance.

Rappelons tout d'abord que c'est BRETONNEAU qui, le premier, distingua le croup du faux croup. C'était l'époque pré-séro-thérapique et l'on opposait alors la gravité extrême du vrai croup, c'est-à-dire le croup diphtérique, à la bénignité relative du faux croup. Mais cette bénignité n'était pas constante. Certains cas de faux croup étaient mortels et BRETONNEAU admettait déjà que dans certaines circonstances le faux croup n'était que la manifestation partielle d'une maladie plus grave susceptible de tuer le petit malade; mais il ne précisait pas la nature de cette maladie.

TROUSSEAU, dans une de ses remarquables leçons, écrit ce qui suit : « Bien que généralement, je dirai presque même dans l'universalité des cas, il soit d'une remarquable bénignité, le pseudo croup n'en a pas moins quelquefois causé la mort. Ces cas malheureux sont assurément exceptionnels, mais il importe que vous soyez avertis de leurs possibilités. En voici un exemple :

« En 1834 on vint me chercher en toute hâte pour aller voir un élève du Collège de Jully, qui, me disait-on, mourait. Ce jeune garçon était âgé de 13 ans. Bien portant la veille, il avait été pris tout à coup, le lendemain matin à son réveil, d'un accès d'oppression épouvantable; il se leva cependant et courut chez le préfet des études. Sa respiration était gênée au plus haut point, il avait une toux rauque,

≡≡≡ MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

croupale, sa voix était enrouée, éteinte et les inspirations produisaient un sifflement des plus bruyants. Le médecin du Collège, mandé aussitôt, fut justement effrayé de l'état du malade et me dépêcha en toute hâte un des maîtres; je partis aussitôt et quatre heures après j'arrivai auprès du pauvre enfant. Il venait d'expirer. Le fait me parut trop extraordinaire pour que nous ne cherchions pas à nous éclairer sur la nature d'un mal aussi foudroyant. Avec toutes les précautions que commandaient les circonstances, j'enlevai le larynx et la trachée-artère et, de retour chez mon confrère, nous procédâmes à l'examen des pièces anatomiques : nous n'avions affaire qu'à un faux croup.

Nous ne constatâmes en effet qu'un gonflement notable des cordes vocales avec rougeur de la membrane muqueuse laryngée, qu'un peu de tuméfaction des replis arythéno-épiglottiques et sur l'une des cordes vocales, une légère concrétion membraneuse n'ayant aucun des caractères de la fausse membrane diphtérique et qui était le résultat d'une phlegmatie portée au plus haut degré. On peut donc mourir de laryngite striduleuse ».

Aujourd'hui, à la lueur des données que l'endoscopie nous fournit quotidiennement, il est permis de se demander s'il s'agissait bien, dans le cas signalé par TROUSSEAU, d'une laryngite striduleuse banale. « La phlegmatie portée au plus haut degré », constatée par TROUSSEAU à l'autopsie, le laryngoscope nous la montre aujourd'hui parfaitement bien, sous forme d'œdème endo-laryngé dont le degré d'intensité imprime à la maladie son caractère de gravité.

Rétrospectivement, ne peut-on pas penser qu'il s'agissait dans l'observation de TROUSSIAU, d'un cas de laryngite sous-glottique grave ou peut-être même d'une laryngo-trachéo-bronchite foudroyante que l'endoscopie a permis récemment d'individualiser dans le groupe si vaste des laryngites suffocantes de l'enfance ?

Plus tard, en 1905, MARFAN a décrit, en la distinguant de la laryngite striduleuse, une forme de laryngite suffocante non diphtérique, caractérisée cliniquement par une dyspnée à la fois paroxystique et continue, anatomiquement par une inflammation très accusée de la muqueuse du larynx qui s'accompagne ordinairement d'œdème sous-glottique. MARFAN lui donne le nom de laryngite intense primitive. C'est à elle plutôt qu'à la laryngite striduleuse qu'il conseille de réserver l'épithète de faux croup.

Après avoir, dans ses leçons cliniques publiées en 1905, donné la description de cette affection, il écrit ceci : « Quelle est la nature de cette affection ? Est-ce une simple laryngite catarrhale, mais particulièrement intense ? Entre la laryngite striduleuse typique et cette forme, il y a toute une série de faits, de transitions qui pourraient les faire considérer comme un simple catarrhe. Mais d'autre part, c'est surtout à la suite de ces formes de laryngites intenses primitives que

s'observent les ulcérations, les sténoses chroniques du larynx; or, je suis porté à croire que dans la pathogénèse de ces altérations il ne faut faire jouer qu'un rôle tout à fait accessoire au traumatisme déterminé par le tubage. Si le larynx se rétrécit, c'est parce que d'emblée et avant le tubage, il s'agissait d'une laryngite spéciale dont la marche devait fatalement aboutir à l'ulcération et à la sténose. Si cette vue se confirme, il faudra admettre que ces laryngites intenses représentent au moins dans un certain nombre de cas des processus spéciaux ».

Ainsi donc depuis BRETONNEAU, la distinction était faite entre laryngites suffocantes diphtériques et laryngites suffocantes non diphtériques et parmi celles-ci était individualisé un groupe de laryngites d'apparence primitive, se traduisant tantôt par la dyspnée paroxystique et passagère de la laryngite striduleuse, tantôt par la dyspnée à la fois paroxystique et continue de la laryngite sous-glottique intense primitive.

Le qualificatif de primitive que lui a attribué MARFAN la distinguait ainsi des laryngites suffocantes de la diphtérie et des fièvres éruptives.

Avant la pratique de l'endoscopie les grands maîtres de la pédiatrie n'avaient que leur sens clinique, qui était grand, pour décrire avec tant de minutie la symptomatologie de la maladie. Leurs constatations anatomiques faites sur le cadavre étaient forcément entachées d'erreurs. Il leur manquait en effet l'examen direct des lésions sur le vivant. Déjà l'endoscopie indirecte au miroir avait permis entre des mains expertes, d'apporter des données plus précises. RUAULT en particulier, a signalé dans certains cas de laryngites striduleuses, le bourrelet œdémateux sous-glottique qui est le substratum anatomique de l'affection. Mais c'est la laryngoscopie directe qui a permis de faire connaître avec précision la nature des lésions, leur siège, leur degré d'intensité. C'est elle qui a permis encore aux endoscopistes, dont le premier fut CHEVALLIER-JACKSON, de confirmer ce que les auteurs classiques avaient déjà soupçonné et de décrire une nouvelle variété de laryngite suffocante jusque-là méconnue ou confondue avec d'autres affections et qui est la laryngo-trachéo-bronchite dite fulgurante. Puis peu à peu le rôle de l'endoscopie s'est élargi. A son utilisation comme méthode de diagnostic, s'est ajouté son rôle comme méthode thérapeutique avec des résultats parfois spectaculaires.

II. — ANATOMIE ET PHYSIO-PATHOLOGIE

Une étude sommaire de l'anatomie du larynx de l'enfant va nous permettre de comprendre :

- 1° que la maladie se rencontre presque exclusivement au cours de la première enfance;

FARINE LACTÉE

Formule *classique* ou
instantanée pour la
préparation rapide des
bouillies lactées.

NIDINE

Farine de 5 céréales,
non lactée, sucrée. For-
mule *classique* ou *ins-
tante*, pour la pré-
paration des bouillies
lactées à volonté.

SINLAC

Pour la préparation des
décoctions et des bouil-
lies non lactées.



les
3
farines
de
NESTLÉ

SOCIÉTÉ DE PRODUITS ALIMENTAIRES ET DIÉTÉTIQUES

18, PLACE HENRI BERGSON - PARIS (8^e)

- 2° que sa gravité est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune;
- 3° que le siège de prédilection de l'œdème est dans les régions sous-glottiques.

En coupe frontale le larynx présente la forme d'un sablier avec deux cônes tronqués se réunissant par leur petite section au niveau d'une portion rétrécie qui est la glotte.

Il faut envisager successivement :

- 1° la région sus-glottique;
- 2° la région glottique;
- 3° la région sous-glottique.

— **La région sus-glottique :**

Très évasée vers le haut, en avant elle est barrée par la lame thyroïdienne; par contre, en arrière elle s'ouvre largement vers l'hypopharynx. Un œdème, à moins qu'il ne soit considérable, ne peut donc obstruer le larynx sus-glottique. Il a de l'espace pour s'étaler vers le haut et vers les côtés.

— **La région glottique :**

C'est la région des cordes vocales. A ce niveau la muqueuse est fortement adhérente aux tissus sous-jacents et se laisse donc difficilement distendre par l'œdème. C'est ce qui explique que la voix est rarement éteinte dans les laryngites grippales comme elle l'est dans le croup où l'aphonie résulte de la présence des fausses membranes enveloppant les cordes vocales.

— **La région sous-glottique :**

Appelée encore hypo-larynx, est la région qui nous intéresse tout particulièrement. Elle présente des particularités qui expliquent très clairement la genèse du syndrome suffocant de l'affection. Son calibre déjà très réduit du fait de l'âge de l'enfant, est absolument inextensible, car il est bague par le cricoïde, inexorablement rigide.

Par ailleurs, et c'est là un détail important, les injections de la sous-muqueuse montrent l'existence, sous l'épithélium, d'un stroma très lâche, à vascularisation importante qui explique la facilité avec laquelle se produit l'œdème de cette région. Cet œdème, ne pouvant se développer vers l'extérieur du fait de la barrière rigide du cricoïde, va rapidement obstruer la lumière de la sous-glote formant au-dessous des cordes vocales, un bourrelet. L'intensité de la dyspnée sera en fonction du volume de ce bourrelet œdémateux. Signalons encore dans ce court aperçu ce détail histologique sur lequel a in-

sisté LE MÉE et qui expliquerait certains caractères de la laryngo-trachéo-bronchite croûteuse que nous aurons à étudier.

« Il existe dans l'hypo-larynx un très grand nombre de glandes mucipares disposées en couches continues. Leur inflammation au cours d'une infection très brutale, leur inhibition sont sans doute à l'origine de la production des croûtes ».

Mais l'œdème n'explique pas à lui seul la dyspnée. Il existe un autre élément très important. C'est le spasme. L'étude physio-pathologique montre que le larynx, particulièrement chez l'enfant, est une zone hyperesthésique et réflexogène maxima. La moindre excitation de la muqueuse, gagne le bulbe par le nerf laryngé supérieur et de là se réfléchit sur la musculature du larynx. Celle-ci se contracte en boule, augmentant au maximum la crise de suffocation.

Nous verrons dans le chapitre clinique et thérapeutique l'importance du spasme dont il faut tenir compte dans la médication instituée.

Pour nous résumer donc, nous dirons que c'est dans la sous-glotte que siège la lésion; que cette lésion est un œdème dont le développement, du fait du cricoïde, se fait intérieurement, obstruant ainsi la lumière de l'hypo-larynx.

Rappelons enfin qu'à cet obstacle mécanique, cause de la dyspnée continue, se surajoute d'une façon à peu près constante le spasme qui explique les accès paroxystiques de suffocation. La symptomatologie clinique et endoscopique que nous allons maintenant étudier découle de ces notions anatomiques et physio-pathologiques.

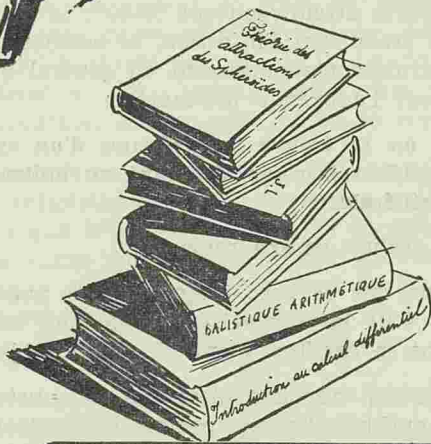
III. — SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne décrirons pas, comme il est fait dans les livres classiques, en des chapitres séparés, les différentes variétés de laryngites suffocantes grippales.

Nous allons, nous plaçant sur le terrain essentiellement pratique et clinique, décrire tout d'abord le syndrome commun à ces laryngites, tel qu'il se présente au médecin appelé d'urgence auprès d'un enfant qui étouffe. Puis étudiant l'évolution de ce syndrome, ses caractères cliniques et endoscopiques, nous envisagerons les différentes formes cliniques qui peuvent se présenter au praticien.

C'est en règle générale brutalement qu'éclate le drame, car la période prodromique que l'on retrouve toujours en interrogeant les parents et qui s'est traduite par un léger rhume, une légère fièvre, quelques quintes de toux brèves, a passé en général inaperçue. D'emblée l'enfant est en proie à une violente dyspnée dont les caractères sémiologiques si particuliers vont déjà mettre sur la voie du diagnos-

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

tic. Il n'est que de regarder l'enfant respirer pour noter qu'il s'agit d'une dyspnée inspiratoire; elle s'accompagne de cornage et d'un tirage sus-sternal et sus-claviculaire, auquel se surajoute souvent un tirage sous-sternal et intercostal dont la valeur diagnostique est de moindre importance. On note encore que l'enfant est secoué par des quintes de toux sèche et aboyante.

Si on le fait parler ou crier, on note parfois une voix tout à fait claire; le plus souvent elle est rauque. En règle générale, elle n'est jamais éteinte. Tel est le syndrome fonctionnel de la maladie.

Les caractères de la dyspnée permettent d'affirmer qu'il existe un obstacle dans les voies respiratoires supérieures.

La toux et les modifications de la voix permettent de localiser l'obstacle à l'intérieur du larynx.

Le syndrome général qui accompagne ce syndrome fonctionnel apporte un élément de la plus haute importance au diagnostic. L'enfant est fébrile. La fièvre atteint souvent 39-40°; le pouls est rapide. Parfois, à ces signes traduisant l'infection, se surajoutent des signes d'intoxication; ces derniers n'apparaissent en général qu'à la période terminale et traduisent l'anoxémie pré-mortem.

En résumé donc on se trouve en présence d'un syndrome d'obstruction laryngée à début brusque, évoluant au milieu d'un tableau clinique d'infection générale.

— Comment va évoluer ce syndrome ?

Là est la question que se pose toujours avec angoisse tout médecin, tout pédiatre, tout laryngologiste, quelle que soit l'expérience qu'il a acquise durant sa carrière, même si elle est déjà longue.

Dans certains cas son angoisse n'est que de courte durée. Rapidement en effet, en quelques heures, parfois plus vite encore, l'accès de dyspnée qui paraissait dramatique, se calme. Apparu en général en pleine nuit, réveillant l'enfant et affolant les parents, il n'est qu'un simple souvenir à l'aube. L'enfant s'endort calmement, ne gardant le lendemain et les jours suivants que quelques troubles banaux se traduisant par de la toux, un catarrhe rhino-pharyngé, un léger état fébrile. Tel est l'accès de la **laryngite striduleuse banale**. Il est classique de dire que cette affection peut se répéter les nuits suivantes; mais en général, la médication antibiotique et antispasmodique empêche les récidives et si celles-ci se reproduisent, les parents, avertis et moins affolés, attendent plus calmement la fin de la crise sans déranger le médecin.

Dans d'autres cas le tableau se présente différemment. Il ne s'agit plus d'un accès de dyspnée paroxystique et transitoire, mais d'une dyspnée qui ne se calme pas, d'une dyspnée qui persiste et s'aggrave,

d'une dyspnée continue qu'entrecoüpent par moments des accès paroxystiques d'une violence telle que l'enfant semble au bord de l'asphyxie. La fièvre est à 39-40°, le pouls rapide à plus de 120. C'est dans ces cas que le praticien le plus endurci sent sur ses épaules une des plus lourdes responsabilités de notre profession.

Avant les antibiotiques ces laryngites étaient très souvent mortelles. En 1936, au cours d'une épidémie de grippe, nous avons eu à traiter de nombreux cas de ce genre, une quinzaine environ. Tous nos malades sont morts : ceux que nous avons tubés, ceux que nous avons trachéotomisés, ceux qui n'ont eu qu'un traitement médical. Notre statistique est restée aussi désastreuse jusqu'au jour où les antibiotiques sont venus modifier l'évolution et le pronostic de la maladie. Aujourd'hui en effet, un grand nombre de ces cas guérissent. L'antibiothérapie, à elle seule, peut guérir le malade, et quand elle ne suffit pas, quand, devant l'imminence de l'asphyxie, le laryngologiste est obligé d'intervenir, le rôle bienfaisant des antibiotiques reste considérable. Ils évitent en effet les complications qui étaient fréquentes après ces interventions pratiquées dans une région infectée. Ils écourtent la durée du port de la canule ou du tube. Ils empêchent l'extension des lésions vers l'arbre respiratoire inférieur, éventualité redoutable comme nous allons le voir.

Il existe en effet une troisième catégorie de cas où ni le traitement par les antibiotiques, ni l'intervention ne parviennent à sauver le malade, soit que le traitement ait été appliqué trop tard, soit que le microbe en cause soit insensible aux antibiotiques, soit que du fait de l'intensité du processus infectieux les lésions envahissent très rapidement l'arbre respiratoire inférieur. C'est dans cette catégorie que se classent les **laryngo-trachéo-bronchites**.

Certaines de ces laryngo-trachéo-bronchites tuent en quelques heures, méritant ainsi l'adjectif de fulgurantes qu'on leur a donné. D'autres évoluent moins vite et semblent succéder à la variété que nous avons étudié précédemment. En voici un exemple parmi quelques autres, relevé dans nos fiches :

J'ai trachéotomisé un petit malade qui tirait depuis quelques jours. A l'ouverture de la trachée, je ne constatai aucune lésion endotrachéale et la respiration fut d'ailleurs immédiatement rétablie dès la mise en place de la canule. Le lendemain, réapparition du tirage; enlevant la canule et explorant pour rechercher la cause de la dyspnée, je trouvai un dépôt de catarrhe épais, fibrineux, qui fut aspiré. Aussitôt après l'aspiration, la dyspnée disparut. Plusieurs fois dans la journée il a fallu faire de l'aspiration pour désencombrer la trachée et les grosses bronches. Cette aspiration ramenait de véritables moules bronchiques. Finalement le petit malade mourut. A l'autopsie nous trouvâmes les grosses bronches et les bronches secondaires com-

CITROSODINE

DIGESTION - CIRCULATION

SIPHURYL

DIURÉTIQUE

STRYCHNAL-B¹

NORMAL

FORT

NÉVRITES - POLYNÉVRITES

VASCURÈNE

VIT. C et P + PHYTOTHÉRAPIE VEINEUSE

PHOSPHO -STRYCHNAL

TONIQUE RECONSTITUANT

LABORATOIRES
23, RUE BALLU

GRÉMY-LONGUET
PARIS IX^e

plètement obstruées par ces mêmes moules bronchiques, que nous ramenions par l'aspiration.

N'est-ce pas là une preuve du passage possible d'une forme à l'autre, de la simple hypolaryngite localisée à la trachéo-bronchite diffuse ? Cette évolution possible et imprévisible d'une forme relativement curable vers une forme presque toujours mortelle, rend très difficile l'établissement d'un pronostic, en présence d'un enfant atteint de laryngite suffocante grippale.

— **Existent-ils des éléments valables pour établir un pronostic ?**
C'est ce que nous allons étudier.

IV. — PRONOSTIC

Il nous a toujours paru difficile d'établir un pronostic en présence d'un enfant atteint de laryngite suffocante grippale.

Les surprises désagréables sont fréquentes, du fait des aggravations subites et imprévisibles; tel enfant qui semblait ne présenter qu'une dyspnée relativement légère, peut en quelques heures, parfois même en quelques minutes, atteindre le stade de l'asphyxie.

Pour établir un pronostic, il faut étudier et analyser avec beaucoup de minutie, les éléments fournis par la clinique, par l'endoscopie et par la biologie.

A) ELEMENTS CLINIQUES :

1° **L'âge du malade** constitue l'élément majeur du pronostic; il est incontestable que l'affection est particulièrement grave chez le tout jeune enfant. A cela plusieurs raisons :

- l'étroitesse de la filière sous-glottique; donc asphyxie plus rapide, même avec des lésions peu importantes;
- l'intensité des phénomènes réflexes;
- peut-être aussi, résistance moindre de l'enfant jeune aux infections grippales.

Dans notre statistique comme dans celle de la plupart des auteurs, LEMARIEY en particulier, c'est jusqu'à 18 mois que la mortalité est la plus élevée.

Après trois ans, le taux de la mortalité suit une courbe décroissante.

2° **L'intensité de la dyspnée**, sa persistance et son aggravation, malgré le traitement médical, la répétition des accès paroxystiques, sont des éléments de mauvais pronostic. Elles traduisent en effet une

lésion qui évolue et s'étend, une irritabilité exagérée des centres nerveux et font craindre une extension des lésions vers l'arbre respiratoire inférieur. Cette extension peut se traduire, à l'examen pulmonaire clinique et radiologique, par des signes d'atélectasie massive ou segmentaire qu'il faut savoir distinguer des signes d'une broncho-pneumonie, complication aujourd'hui relativement rare, grâce aux antibiotiques.

3° **L'intensité du syndrome toxi-infectieux**, que caractérisent une hyperthermie à plus de 40°, le pouls rapide et filiforme, le faciès cendré, la déshydratation rapide, comporte un pronostic sombre. Elle traduit, en général, des lésions des centres nerveux qui peuvent devenir rapidement irréversibles si l'anoxémie se prolonge.

B) ELEMENTS ENDOSCOPIQUES :

L'endoscopie apporte des éléments de pronostic d'une haute valeur :

— Une filière sous-glottique très serrée, du fait de l'importance de l'œdème ou du blocage des cordes vocales, est une menace d'asphyxie rapide; un œdème sous-glottique volumineux, rouge sombre, pseudo-phlegmoneux, fait porter un fâcheux pronostic, car sa résorption sera difficile à obtenir par la seule thérapeutique médicale.

— **La trachéo-bronchoscopie**, est souvent le seul moyen de déceler l'extension des lésions vers le bas, en montrant le flot de mucus encombrant trachée et bronches, ou bien encore des sécrétions sèches, croûteuses, qui obstruent parfois complètement la lumière des voies respiratoires inférieures.

Une telle constatation, en faisant porter le diagnostic de laryngo-trachéo-bronchite fait porter un pronostic considéré comme à peu près fatal.

De tous ces signes cliniques et endoscopiques que nous venons de passer en revue, les plus importants pour l'établissement du pronostic sont :

- l'âge du malade;
- l'importance des lésions locales;
- l'intensité des signes de toxi-infection.

Il nous reste à signaler dans ce chapitre de pronostic, un fait que l'expérience confirme tous les ans : la gravité des laryngites suffocantes grippales varient suivant les années, suivant les épidémies, comme varie, suivant les années aussi, la prédilection du virus grippal pour tel ou tel organe. La notion déjà ancienne du génie épidémique que nous invoquons et qui cache notre ignorance, reste encore une vérité.

Liveroil

SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

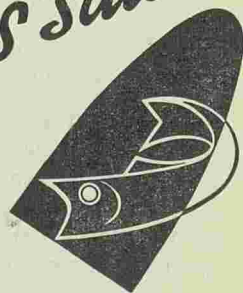
A B₁ B₂ B₆ D₂

+ EXTRAIT HÉMOPOIETIQUE DE FOIE

LABRES CHAMBON-PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON-PARIS

APPETIT

à tout âge de la Vie
en toutes saisons



TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS

randebonneur

Les laryngites suffocantes rentrent dans le cadre nosologique des insuffisances respiratoires aiguës.

La biologie apporte actuellement à ce syndrome des éléments de la plus haute importance pour l'établissement du pronostic et aussi pour la conduite du traitement.

Nous ne pouvons nous étendre sur ce chapitre qui mériterait à lui seul une longue communication. Nous conseillons à ceux que la question intéresse, de lire le rapport de MOLLARET au dernier Congrès Français de Médecine (Lausanne, octobre 1959) et celui de ABOLKER au dernier Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie (Paris 1959).

Signalons simplement l'intérêt des renseignements fournis par la mesure du PH, de la réserve alcaline, de la $p\text{ CO}_2$, renseignements qui permettent de suivre les troubles humoraux et guident ainsi le praticien dans la mise en œuvre des méthodes thérapeutiques de rééquilibration et de remplacement administrées en perfusion.

V. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic des hypolaryngites suffocantes de l'enfant est un diagnostic de première urgence. Pour l'établir il faut :

- 1° Procéder à l'interrogatoire des parents. Cet interrogatoire doit être mené suivant un plan rationnel avec précision et autorité. Il faut calmer l'affolement des parents, éliminer de l'interrogatoire tous les bavards de la famille, n'accepter que des réponses nettes et précises;
- 2° Regarder l'enfant respirer et l'entendre parler ou crier;
- 3° Etudier sa courbe thermique, compter ses pulsations, noter le teint de son faciès;
- 4° Examiner son pharynx et faire un prélèvement en vue d'un examen bactériologique;
- 5° Faire un examen endoscopique.

Ainsi seront réunis les éléments dont la synthèse permettra d'établir le diagnostic.

Nous n'insisterons pas outre mesure sur le diagnostic du siège de la dyspnée. C'est chose généralement facile.

Il est classique de donner comme caractère pathognomonique de la dyspnée laryngée, la bradypnée et le tirage sus-sternal. Leur valeur est certes grande, mais il faut savoir qu'à la période terminale ou bien s'il existe des lésions broncho-pulmonaires, la bradypnée est remplacée par de la polypnée avec battement des ailes du nez. C'est donc là une cause d'erreur à éviter.

A notre avis, la toux quinteuse et aboyante, les modifications du timbre de la voix constituent des signes beaucoup plus fidèles pour localiser les lésions dans l'endo-larynx. Ces signes permettent ainsi d'éliminer facilement les dyspnées par compression : hypertrophie du thymus, tumeur ganglionnaire, abcès rétropharyngien bas situé, etc...

Le siège laryngé de la dyspnée ayant été ainsi rapidement et facilement établi, il faut en reconnaître la cause. Obsédés, comme il faut l'être en présence d'un enfant qui étouffe, par la possibilité d'une diphtérie, notre premier réflexe est d'examiner la gorge. Deux éventualités peuvent se présenter :

1° **Il existe des fausses membranes**, tapissant les amygdales et le pharynx. Point n'est besoin alors de pousser plus loin l'examen; le diagnostic de croup diphtérique est évident. Il ne reste qu'à instituer d'urgence la thérapeutique que comporte un tel diagnostic.

2° **Il n'existe aucune trace de fausses membranes** : la gorge est simplement rouge, parfois recouverte de catarrhe. Avant d'arriver au diagnostic de laryngite suffocante grippale, il faut éliminer certaines affections dyspnéisantes de l'enfant. En premier lieu, **le corps étranger des voies aériennes supérieures**. C'est un accident assez fréquent qui mérite qu'on y pense plus souvent qu'on ne le fait.

L'apparition de la dyspnée est brutale, plus brutale même que dans la laryngite grippale mais, signe majeur, signe pathogominique, en même temps que la dyspnée est apparue un accès prolongé de toux quinteuse et sèche.

Par ailleurs, l'interrogatoire des parents permet d'apprendre que, quelques instants avant l'accident, l'enfant avait entre les mains un objet que l'on n'a plus retrouvé. Si le corps étranger est opaque aux rayons X, la radio permettra de le localiser; sinon, c'est l'endoscopiste qui le décèlera en même qu'il l'extirpera.

C'est encore l'endoscopie et elle seule qui permettra d'éliminer les **papillomes du larynx** et la **laryngite syphilitique ulcéreuse**, affections rares, il est vrai, et qui, à un certain moment de leur évolution, peuvent donner lieu à un accès de suffocation.

C'est l'endoscopie encore qui permettra d'éliminer le diagnostic d'un croup diphtérique d'emblée ou, pour être plus exact, d'une diphtérie laryngée sans diphtérie pharyngée apparente.

Il n'est plus concevable aujourd'hui, en présence d'un enfant atteint de dyspnée laryngée, de se passer de l'endoscopie qui permet de confirmer le diagnostic, d'aider à préciser un pronostic et aussi, éventuellement, dans les cas d'encombrement trachéo-bronchiques, de soulager le malade par l'aspiration des sécrétions.

Avant de décrire les éléments de diagnostic et de pronostic que nous fournit l'endoscopie, il nous paraît utile de dire quelques mots concernant sa pratique.

PRATIQUE DE L'ENDOSCOPIE :

La laryngo-trachéo-bronchoscopie est une manœuvre qui n'est ni difficile, ni dangereuse. Mais son exécution exige, pour être menée à bien, plusieurs conditions :

- une instrumentation adéquate et toujours en parfait état de fonctionnement;
- une équipe d'aides habitués au maintien de la tête de l'enfant et à la passation rapide des instruments;
- une certaine habileté de la part de l'opérateur, habileté qui ne s'acquiert que grâce à un entraînement prolongé.

Ces conditions sont essentielles, car :

- la durée de la manœuvre doit être courte;
- il faut agir avec douceur pour éviter certains accidents dont le plus grave est la syncope.

C'est à cause de cette dernière éventualité qu'il est recommandé de ne pratiquer la laryngo-trachéo-bronchoscopie qu'en salle d'opérations, avec, toute préparée, l'instrumentation de la trachéotomie.

SIGNES ENDOSCOPIQUES :

Dès la mise en place du laryngoscope on voit que la muqueuse sus-glottique est rouge, parfois légèrement œdématisée; plus bas les cordes vocales sont parfois d'aspect normal; le plus souvent elles sont rosées; nous avons parfois constaté sur leurs bords libres, un léger enduit grisâtre donnant à la corde un aspect crénelé. Leur mobilité est parfois diminuée du fait de l'atteinte des articulations crico-arythénoïdiennes.

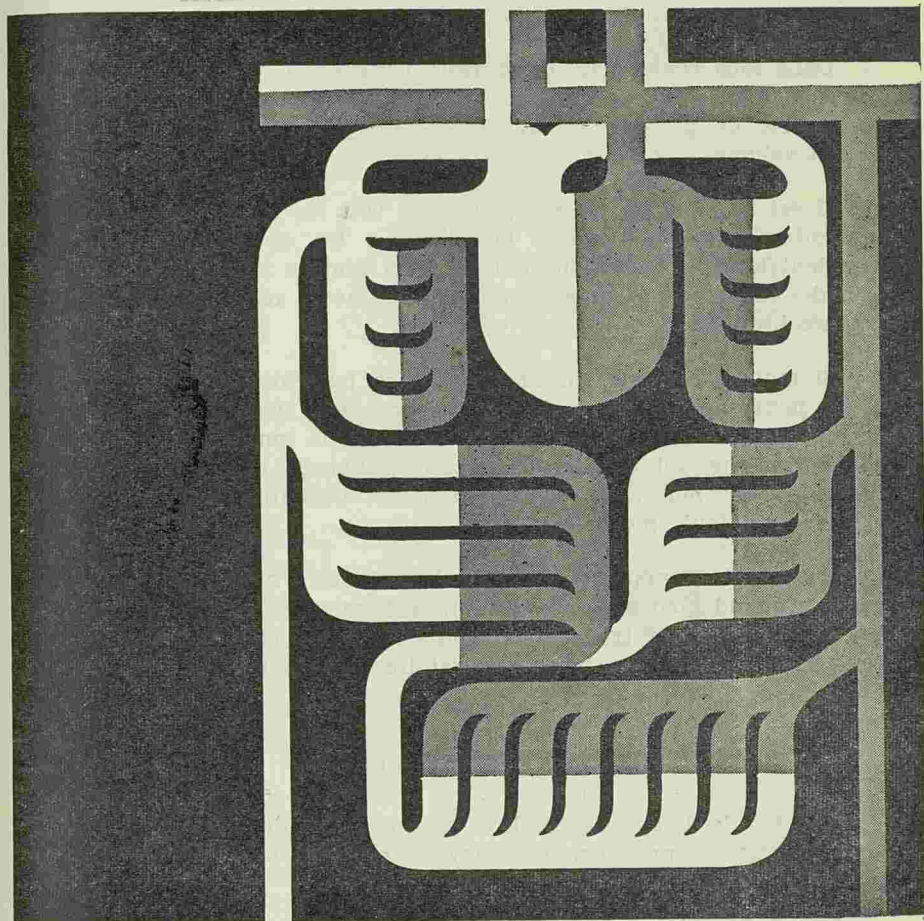
Un signe négatif important est l'absence de fausses membranes.

Plus bas, au cours d'une inspiration, on aperçoit, dans la sous-gllotte, une tuméfaction sous forme de deux bourrelets siégeant au-dessous de chaque corde vocale. Dans certains cas, ces bourrelets sont à peine visibles et leur constatation est difficile; ces cas correspondent aux formes légères, c'est-à-dire aux formes où le processus infectieux n'a fait que lécher la muqueuse; l'obstacle mécanique est peu important. Ces lésions sont celles que l'on pourrait voir dans les laryngites striduleuses.

D'autres fois au contraire, les bourrelets œdémateux sont tellement développés qu'ils arrivent à se toucher sur la ligne médiane,

Geigy

Effortil®



Stimulant cardio-vasculaire

**harmonise le travail
du coeur et des vaisseaux**

**gouttes
ampoules
comprimés**

**Laboratoires Geigy
43, rue Vineuse
Paris 16°**



obstruant ainsi toute la sous-glotte. Ces cas correspondent aux vraies laryngites suffocantes, celles que MARFAN a décrites sous le nom de laryngites intenses primitives et que l'on appelle communément aujourd'hui hypolaryngites suffocantes.

Dans tous ces cas, la lésion reste localisée à la région sous-glottique, et c'est l'œdème qui constitue l'élément essentiel de l'obstacle. Il importe de préciser ses caractères morphologiques, sa coloration et son volume.

Il est souvent nécessaire, pour bien voir les lésions, d'aspirer les mucosités. Parfois, malgré l'aspiration, les sécrétions purulentes inondent le tube. C'est dans ces cas qu'il faut se méfier d'une extension des lésions à l'arbre respiratoire sous-jacent réalisant la laryngo-trachéo-bronchite.

Si malgré l'œdème, on arrive à faire franchir au tube la sous-glotte pour explorer la trachée et les bronches, que voit-on dans ces laryngo-trachéo-bronchites ? On constate que la lumière de la trachée et des bronches est remplie de mucosités épaisses, difficiles à aspirer; parfois ces mucosités sont desséchées, constituant de véritables croûtes qu'il faut enlever à la pince.

En vérité, l'endoscopie trachéo-bronchique n'est pas toujours possible quand l'œdème sous-glottique est important; et c'est souvent à l'ouverture de la trachée, au cours de la trachéotomie, que l'on peut préciser l'état des voies respiratoires inférieures.

VI. — TRAITEMENT

Une fois le diagnostic établi et en possession de tous les éléments de pronostic, le praticien va pouvoir instituer son traitement sur des bases rationnelles.

Il est des règles auxquelles aucune dérogation ne devrait être permise. Ces règles sont les suivantes :

1° Tout enfant atteint de laryngite suffocante doit être mis en clinique ou dans un service hospitalier spécialisé. Un traitement fait à domicile comporte des inconvénients graves. L'enfant doit être placé dans une chambre calme, loin de tout bruit. Dans sa chambre doivent être installés : une tente à oxygène, un appareil à aspiration, un matériel pour perfusion. Au surplus, dans le bloc opératoire, le matériel nécessaire au tubage ou à la trachéotomie doit être prêt.

2° Tout enfant atteint de laryngite suffocante doit être placé sous la surveillance constante d'une infirmière spécialisée.



*Couronnement
de la corticothérapie anti-inflammatoire*

DÉCADRON

le mieux toléré des corticostéroïdes

(actif au quart de milligramme)



DELAGRANCE

flacon de **40** comprimés sécables à 0,5 mg
Remboursé à **90 %** par la Sécurité Sociale - p. cl. 29

D. 8

LABORATOIRES DELAGRANCE, 39, Bd de LATOUR-MAUBOURG · PARIS-7^e

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

Le traitement des hypolaryngites suffocantes de l'enfance est un traitement de première urgence. Il nécessite la collaboration intime du médecin, du laryngologiste et la présence permanente auprès de l'enfant d'un personnel infirmier compétent.

La collaboration d'un biologiste prêt à donner sans retard le résultat de ses examens est souhaitable.

Le traitement comprend deux parties :

- une partie médicale qui s'impose à tous les cas;
- une partie chirurgicale réservée aux formes asphyxiantes.

Nous allons étudier chacun de ces deux traitements.

I. — TRAITEMENT MEDICAL :

Il vise à combattre l'infection et l'anoxémie et à prévenir les conséquences de l'une et de l'autre, tout particulièrement la déshydratation, les déséquilibres humoraux, les accidents cardio-pulmonaires, l'atteinte des centres nerveux.

a) Traitement anti-infectieux et anti-inflammatoire :

— **Les antibiotiques** : constituent le traitement majeur. Ils ont modifié très favorablement le pronostic de la maladie dont la gravité était autrefois extrême.

Nous ignorons le germe directement responsable et il n'est pas toujours possible d'attendre le résultat de l'antibiogramme, lequel d'ailleurs ne présente pas à notre avis, l'importance clinique que l'on continue à lui accorder.

C'est pourquoi d'emblée et de toute urgence, il faut élargir l'éventail des antibiotiques et utiliser des doses massives.

Nous restons fidèles à la pénicilline comme médication de base et chez les enfants même très jeunes, nous dépassons souvent largement la dose de un million par jour.

Le traitement doit être prolongé et poursuivi à doses décroissantes jusqu'à la disparition complète de la fièvre et le retour à une respiration normale.

— **Le propidon** : recommandé par LEMARIEY, possède une action favorable dans les manifestations inflammatoires intéressant les tissus cellulaires et lymphatiques. On conçoit donc que son influence peut être favorable sur l'œdème sous-glottique, élément essentiel de la maladie.

— **La corticothérapie** est signalée par plusieurs auteurs comme un adjuvant précieux. Son action anti-inflammatoire incontestable justifie son emploi dans une affection où les phénomènes inflammatoires commandent par leur degré d'intensité, la symptomatologie, l'évolution et le pronostic de la maladie. Certains auteurs affirment que depuis son emploi la trachéotomie et le tubage voient leurs indications s'amenuiser de plus en plus, et que, chez l'enfant opéré, la durée du port de la canule ou du tube est sensiblement abrégée.

Cette thérapeutique est encore trop récente pour que l'on puisse apprécier son efficacité à sa juste valeur.

Les statistiques s'étalent sur trois années à peine, comportent des cas de gravité variable et ne tiennent pas compte de l'âge des malades.

Son utilisation cependant, malgré ces réserves, doit être maintenue. Si, personnellement, elle ne nous a pas permis d'éviter la trachéotomie dans les cas graves, chez des enfants arrivés « au bord de l'asphyxie », il semble qu'elle peut abréger la durée d'évolution des cas légers ou de moyenne gravité.

OMBREDANES et H. MOULONGUET, puis MULIER, ont établi de la façon suivante la conduite à tenir :

— **Chez les enfants de moins de 18 mois :**

150 mg de Cortisone en une injection;

30 mg de Cortancyl en trois prises journalières, pendant 3 jours.

— **Chez les enfants de plus de 18 mois :**

200 mg de Cortisone en une injection unique;

50 mg de Cortancyl par jour, pendant 3 jours.

Les auteurs insistent, à juste raison, sur l'utilité d'associer ces deux produits, la Cortisone injectable constituant le traitement d'attaque par son action très rapide, le Cortancyl, dont l'action ne débute que plusieurs heures après son ingestion, agissant comme traitement d'entretien.

Ils insistent aussi sur l'inefficacité des doses habituelles et sur la nécessité des doses fortes, traitement brutal, mais inoffensif du fait de la brièveté de sa durée.

b) Traitement contre l'anoxémie :

— **L'oxygénothérapie** nous a fait assister parfois à de véritables résurrections. Certains de nos malades arrivés à l'hôpital dans un état pré-asphyxique, ont été rapidement améliorés dès leur mise au lit sous la tente à oxygène : le faciès reprend vite un aspect normal, l'agitation se calme, la dyspnée diminue d'intensité, le pouls se régu-

larise. Cette accalmie laisse le temps au médecin de faire le bilan de la maladie, de commencer le traitement médical et d'étudier sans précipitation les indications de l'intervention chirurgicale.

Aux deux traitements d'importance majeure et qui sont l'antibiothérapie et l'oxygénothérapie, s'ajoutent des médications adjuvantes dont l'utilité est loin d'être négligeable.

c) Médication adjuvante :

— **L'hydratation** est très utile chez ces malades que la fièvre et la dyspnée déshydratent rapidement. Cette hydratation a en outre pour but d'empêcher la dissémination des sécrétions bronchiques, ce qui rendrait difficile leur aspiration. C'est dans ce même but (fluidification des sécrétions), que certains auteurs conseillent l'usage d'un fibrinolytique (trypsine), soit en instillations intra-trachéo-bronchiques, soit en aérosols.

— **L'usage des analeptiques cardio-vasculaires** sera guidé par l'état du cœur, du pouls et de la tension artérielle.

La digitaline est à conseiller en cas de tachycardie importante.

— **Les antispasmodiques, les antihistaminiques, les ganglioplégiques** seront utilisés pour combattre le spasme et l'agitation. Mais leur administration, surtout celles des ganglioplégiques, doit être prudente et mesurée, en particulier dans les cas où l'asphyxie est menaçante, car il faut laisser à l'enfant la force nécessaire pour tirer sur ses muscles inspireurs (LEMARIEY).

— **Les opiages** sont dangereux, donc à proscrire. Quelques auteurs rejettent l'emploi des antinervins et leur préfèrent l'action antispasmodique de la médication calcique (LEMARIEY).

Le traitement médical dont nous venons d'exposer les éléments essentiels suffit parfois à lui seul à guérir le malade. Depuis l'emploi des antibiotiques associés ou non à la Cortisone, depuis que nous utilisons systématiquement la tente à oxygène, la majorité de nos malades guérissent sans le secours de la chirurgie. Mais il est des cas (un tiers environ dans notre statistique) qui obligent à intervenir chirurgicalement; ce sont ceux où la dyspnée ne se calme pas dans les heures qui suivent le début du traitement médical et les cas, bien entendu, qui arrivent à l'hôpital à la période pré-asphyxique.

II. — TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Deux problèmes importants sont à résoudre :

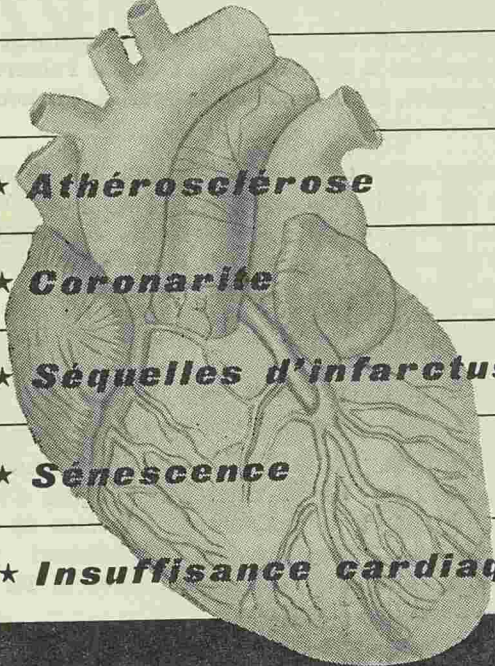
- le choix d'intervention;
- l'heure de la décision opératoire.

— Choix de l'intervention :

- Tubage ou trachéotomie.

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA. PARIS 16

Alors qu'en Amérique le problème est résolu par le choix exclusif de la trachéotomie, en France tubage et trachéotomie se partagent les faveurs des laryngologistes.

LEMARIEY et son élève HAMON, ont insisté sur l'inocuité du tubage, la facilité de son exécution, l'absence des lésions laryngées secondaires.

Ils le préfèrent à la trachéotomie, mais seulement dans les cas où la lésion est localisée à l'hypolarynx et quand l'obstruction réalisée par cette lésion permet, sans risque de blesser la muqueuse, le passage du tube.

Mais dès qu'il s'agit d'un cas dont la gravité se traduit par une dyspnée arrivée au bord de l'asphyxie et des phénomènes intenses de toxi-infection, lorsqu'encore l'endoscopie et la clinique permettent de soupçonner l'extension des lésions à tout l'arbre respiratoire, tous les auteurs sont d'accord pour recourir d'emblée à la trachéotomie.

Personnellement, après avoir, pendant plusieurs années, été éclectique, choisissant tantôt l'une, tantôt l'autre intervention, nous préférons actuellement la trachéotomie au tubage et cela pour les raisons que voici :

— Les inconvénients que nombre d'auteurs signalent et redoutent dans la trachéotomie, en particulier les risques d'opérer en milieu infecté, les séquelles post-opératoires (troubles de la voix, possibilité de rétrécissement sus-canaux) n'existent pas si l'antibiothérapie est mise en œuvre dès le début et si les règles de la technique opératoire sont respectées.

— La surveillance d'un trachéotomisé est plus facile que celle d'un tubé et les risques du rejet ou de l'obstruction du tube sont évités.

— Mais l'avantage majeur de la trachéotomie c'est qu'elle permet de faire pratiquer par l'infirmier, et cela plusieurs fois par jour si nécessaire, l'aspiration des sécrétions bronchiques et l'instillation dans les voies respiratoires inférieures de certaines substances médicamenteuses, telle la fibrolysine, médication dont l'efficacité a été particulièrement signalée par LAMAS et ses collaborateurs.

— Heure de l'intervention :

La décision opératoire est guidée par le contexte clinique, par l'aspect endoscopique des lésions, et il faut le dire aussi, par le tempérament chirurgical du médecin.

— Il faut opérer d'urgence quand le tirage est intense et quand il dure depuis quelques heures sans période d'accalmie.

— Il faut opérer très tôt les enfants de moins de deux ans.

SYNERGIE NEUROSTATIQUE
à
EFFETS SÉDATIFS et SPASMOLYTIQUES

QUIÉTUDE
QUIÉTAL

COMPRIMÉS dosés à :

Méthopromazine 3 mg + aminopromazine 6 mg + Codéine 2,5 mg
+ Phénobarbital 5 mg + bromhydrate de pipérazine 150 mg (Tableau C)

FLACONS DE 20

Prix public : Fr. 295 + 7 Sup. hon. Pharm.

Remboursable aux Assurés Sociaux

DISSIPE L'ANGOISSE
CALME L'IRRITABILITÉ
RÉGULARISE LE SOMMEIL

**TRAITEMENT DES DYSTONIES
NEUROVÉGÉTATIVES**

— Il faut opérer d'extrême urgence quand on soupçonne une extension des lésions à la trachée et aux bronches, cette extension étant parfois décelée par l'existence de signes d'atélectasie pulmonaire, massive ou segmentaire.

— Il faut enfin opérer sans trop attendre quand l'endoscopie montre un œdème sous-glottique volumineux, d'aspect ecchymotique, obstruant complètement la lumière trachéale.

Trop attendre c'est risquer d'arriver au stade des lésions bulbaires irréversibles; c'est risquer aussi la syncope mortelle sur la table d'opération.

Aujourd'hui, grâce aux antibiotiques, la crainte d'opérer en milieu infecté, la crainte des accidents post-opératoires broncho-pulmonaires graves, n'existent pratiquement plus, et ne doivent plus faire hésiter l'opérateur dont la seule préoccupation, en présence d'un enfant qui étouffe, est de prévenir l'asphyxie en rétablissant au plus vite la ventilation pulmonaire.

TRAITEMENT POST-OPERATOIRE ET SURVEILLANCE DU MALADE

Tout malade atteint de laryngite suffocante, doit être obligatoirement mis sous la surveillance permanente d'une infirmière, dont le rôle est :

- de poursuivre le traitement médical;
- de doser l'oxygénation de l'enfant;
- de surveiller l'état du cœur et de pallier à toute défaillance cardiaque;
- de veiller enfin et surtout, sur la perméabilité des voies respiratoires. S'il s'agit d'un enfant non opéré, il lui faut savoir déceler le moindre signe d'aggravation de la dyspnée, afin d'avertir le laryngologiste, lequel doit répondre à l'appel sans retard. S'il s'agit d'un enfant trachéotomisé, l'infirmière doit savoir, en cas d'obstruction de la canule, pratiquer l'aspiration et le nettoyage de la canule.

La présence en permanence d'une infirmière, de préférence spécialisée, constitue à notre avis une nécessité impérieuse. Nous notons en effet dans nos fiches d'observations que le plus souvent c'est la nuit que les malades meurent, c'est-à-dire à un moment où la surveillance est moins soutenue et où le service est assuré par des infirmières non spécialisées.

BIBLIOGRAPHIE

- BAHMER et CARMUYT : *Présentation de deux pièces anatomiques démonstratives de laryngo-trachéo-bronchite suffocante de l'enfance*, Annales O. R. L., 1939, page 77.
- BOUCHET, DEBAIN et FABRE : *Quelques formes atypiques de laryngite sous-glottique observées dans le service O.R.L. des enfants malades*, Annales O.R.L., 1954, n° 10, pages 823-829.
- BOUCHET, DEBAIN, H. BASSIÈRE et FABRE : *A propos de 25 cas de laryngites sous-glottiques*, Annales O.R.L., 1953, page 454.
- COUTEAU J. M. (Mlle) : *Diagnostic et traitement d'urgence des dyspnées laryngées chez l'enfant*, Journal médical de Bordeaux, janvier 1956, 133, n° 1 (Bibliographie).
- DESPOIN et Mr. RÉGNIER : *Deux laryngites sous-glottiques traitées par trachéotomie*, Journal médical de Bordeaux, août 1955, n° 8.
- DUBOIS (I. P.) : *Traitement de hypolaryngites œdémateuses par la Cortisone* (Thèse, Paris, 1955).
- DUVERGER : *Les laryngites aiguës sténosantes des enfants (non diphthériques)*, Gazette médicale de Nantes, n° 6, juin 1953.
- FABRE (J.) : *Des laryngites suffocantes de l'enfance. Problèmes diagnostiques et conduites thérapeutiques*, Revue des praticiens, 21 septembre 1954, n° 24.
- GRENET : *Les laryngites suffocantes* (conférences cliniques de médecine infantile).
- HAMMON et H. LEMERCIER : *Les laryngites aiguës sténosantes non diphthériques de l'enfance. Leur traitement endoscopique*, Annales O.R.L., septembre 1946.
- LAMAS, CLAUSE, TRICOIRE et DE PERRETI : *Etude statistique et thérapeutique des laryngites aiguës de l'enfant au cours de l'année 1955*, Archives françaises de Pédiatrie, 1956, page 554.
- LAMAS H. et CLAUSE J. : *Le traitement des laryngites sous-glottiques de l'enfant. Intérêt du traitement local par la Trypsine*, Archives françaises de Pédiatrie, 1956, n° 7.
- LAMAS H., CLAUSE, GRIGARE et PERRETI : *Sur les laryngites aiguës de l'enfant*, Pédiatrie, 1956, n° 5.
- LAMAS H., CLAUSE, DE PERRETI et DOUMENC : *Etude statistique des laryngites aiguës observées à la clinique médicale infantile pendant les années 1956-1957*, in Pédiatrie, n° 8, année 1958.
- LEMARIEY : Annales O.R.L., mai-juin 1950.
- LEMARIEY : *Les dyspnées laryngées et les sténoses aiguës du larynx chez l'enfant*, Annales O.R.L., 1950, page 337.
- LEMARIEY : *Diagnostic des dyspnées laryngées et trachéales de l'enfant*, Annales O.R.L., 1937.
- LEMERCIER : *Les laryngites aiguës sténosantes de l'enfance*, Thèse, Paris, 1956, Maloine (Editeur).
- LEROUX Robert : *Les laryngites aiguës grippales chez l'enfant. Les croups non diphthériques* (Semaine des Hôpitaux, de Paris, novembre 1944).
- LESNE et WAITZ : *Les laryngites grippales chez l'enfant*, (La Médecine, n° 11, août 1919).

- MARIE (J.), BOUCHET et Coll. : *Laryngo-trachéo-bronchite aiguë membrano-croûteuse, guérie par trachéotomie, broncho-aspiration, application locale de Mercryllauryle et Pénicilline intra-veineuse*, in Archives françaises de Pédiatrie, 1956, page 208.
- LE MEE, BLOCH André et M. BOUCHER : Société Française d'O.R.L., Congrès 1937.
- LE MEE et DA CORTA QUINTRI : *Arguments en faveur de l'emploi de la tente à oxygène en trachéo-bronchologie*, Congrès de la Société Française d'oto-rhino-laryngologie, 1938.
- MARFAN : *Leçons sur la diphtérie*.
- MOINDROT : *Les laryngites sous-glottiques du nourrisson*, Lyon Médical, n° 26, juin 1944.
- MOUNIET, KUHN et MOINECOURT : *Les laryngites suffocantes chez l'enfant*, Journal de Médecine de Lyon, juin 1944.
- PILLET : *Huit cas de laryngites suffocantes non diphtériques de l'enfance*, Annales O.R.L., 1944-1945.
- REBATTU et MARTIN : *De l'influence des médications nouvelles (sulfamides-pénicilline) sur l'évolution de laryngites sous-glottiques suffocantes de l'enfant. Leur pronostic actuel*, Société Française O.R.L., 1947.
- QUEREUX, René : *Diagnostic et traitement des dyspnées laryngées de l'enfant*, Thèse, Paris, 1946.
- RICHARDS (L.) : *Nouvelles études de la pathologie de la laryngo-trachéo-bronchite aiguë chez l'enfant* (Annales of stologie St. Louis, juin 1938, pages 326; 341, résumé in Annales O.R.L., année 1939, page 435).
- TELLIER : *Contribution à l'étude de laryngites suffocantes de l'enfance*, Thèse, Paris, 1938.
- TOMATIS : *Conduite à tenir dans les dyspnées laryngées de l'enfant*, Semaine des Hôpitaux de Paris, 2 juillet 1954, n° 43.
- TROUSSEAU : Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
- TRULLES, LEEGAARD et LINDERMAN (Henrik) (Oslo-Norvège) : *A propos du traitement des laryngites aiguës sténosantes de l'enfant*, in acta oto-laryngologica, Suppl. 118, juin 1954, pages 130-137.
- SEDALIAN, MARTIN et KALB : *Rôle majeur d'un fibrinolytique dans la guérison d'une laryngite sous-glottique avec moule bronchique*, J. Français d'O.R.L., septembre 1954, n° 6.
- SALA : *De la possibilité d'éviter la trachéotomie dans la laryngite hypoglottique par la thérapeutique cortisonique*, Journal Français O.R.L., 1956, page 593.
- OMBREDANES et H. MOULONGUET : *Essai de corticothérapie dans les laryngites sous-glottiques de l'enfance*, Annales O.R.L., octobre-novembre 1958, page 814.
- MULER : *Les laryngites œdémateuses observées à l'Hôpital Trousseau. Essai de traitement de quelques-unes d'entre elles par la Cortisone et le Cortansyl à hautes doses*, Annales O.R.L., décembre 1958, p. 923.
- PERRON et MOZAURIC : *A propos des laryngites suffocantes de l'enfance*, Journal Français d'O.R.L., mai 1959, page 503.
- JEUNE, P. MONNET, H. MARTIN et A. NGUYEN : *A propos des laryngites sous-glottiques de l'enfant d'allure toxique*, Journal Français d'O.R.L., mai 1959, page 533.

P. ABOLKER : *Le laryngologiste et les données actuelles du traitement des insuffisances respiratoires aiguës*. Rapport au Congrès O.R.L., Paris, 1959.

MOLLARET et Collaborateurs : *Le traitement de l'insuffisance respiratoire aiguë*. Rapport au 32^e Congrès Français de Médecine, Lausanne, octobre 1959 (Masson, éditeur).

MOUNIER, KUHN, LAFON et COYFONGER : *Le problème de la décanulation chez les nourrissons*, Journal Français O.R.L., VI, 4, 1957, p. 598.

VINCENT P. : *Les laryngites suffocantes de l'enfant*, Thèse, Lyon, 1957.
GRIGNOUX et TAKIZAWU : *Indications thérapeutiques dans les laryngites sous-glottiques de l'enfant*, J. M. Lyon, 9-1951, page 853.

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

ANDROTARDYL-CESTRADIOL

(cenantate de testostérone + valérianate d'œstradiol)

*traitement équilibré des troubles
de la*

Ménopause

l'injection mensuelle supprime :

les troubles neuro-végétatifs

les troubles psychiques

les troubles trophiques

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

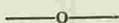
13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUffren 54-94

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

Remarques sur le traitement de la stérilité

(A propos de 106 cas guéris) (1)

par G. VALENSI



I N T R O D U C T I O N

Nous vous présentons ce soir une série de 106 cas de stérilité guéris et, à leur propos, nous nous permettrons de faire quelques remarques sur les chances de guérison et les méthodes actuelles de traitement de la stérilité.

Nous nous bornons, dans cette communication à l'étude des cas guéris, sans nous aventurer dans celle de tous les cas traités, ni dans la recherche des pourcentages de guérison.

Cela pour deux raisons :

— d'une part, si nous devons tenir compte de tous les couples stériles examinés, nous aurions un chiffre anormalement grand, qui n'aurait pas de signification sérieuse. Dans bien des cas, l'un ou l'autre seulement des conjoints arrive à notre cabinet, de passage à Tunis pour quelques heures ou quelques jours. On ne peut pratiquer tous les examens nécessaires à un bilan véritable de la fonction de reproduction du couple. Il ne serait pas valable d'inclure ces cas dans une statistique globale;

— d'autre part, un certain nombre de femmes « de l'intérieur » examinées plus ou moins complètement ont eu la chance, à plus ou moins bref délai, d'être enceintes et ne nous ont pas fait part. C'est longtemps après, par hasard, que le fait nous est connu par des malades de leur ville ou village. Combien de résultats favorables nous restent-ils inconnus ? Impossible de le préciser.

Aussi, nous a-t-il paru plus sûr de ne tenir compte que d'une série des couples bien examinés, suivis régulièrement et chez qui nous avons diagnostiqué nous-mêmes une grossesse.

Une telle méthode nous prive évidemment de la connaissance des pourcentages de succès par rapport à un nombre donné de couples stériles. Mais il semble qu'il s'agisse là d'une carence mineure. Il est plus instructif d'étudier les cas guéris et d'essayer de savoir dans quelles conditions ces guérisons se sont produites.

(1) Communication faite à la Société Médicale en décembre 1959.

Nous vous rapporterons donc une série de 106 guérisons observées au cours de ces trois dernières années dans notre clientèle privée, dont :

- 100 femmes (nous nous limitons à ce chiffre pour faciliter les pourcentages) et
- 6 hommes (parce que nous n'en avons pas observé plus).

LES STÉRILITÉS FÉMININES

1° STÉRILITÉ PRIMAIRE ET SECONDAIRE :

Sur 100 femmes soignées et guéries, il y avait : 69 cas de stérilité *primaire* et 31 cas de stérilité *secondaire*. Soit 2/3 de stérilité primaire contre 1/3 de stérilité secondaire.

Cette différence ne doit pas faire illusion, car en fait, nous voyons plus de stérilités primaires et nous avons, sur 1.000 couples examinés, constaté la même proportion de 2/3 pour 1/3 entre les deux types de stérilités.

De sorte que les chances de succès sont égales dans l'un et l'autre cas.

2° INFLUENCE DE L'ÂGE :

Dans la série globale, nous avons observé chez les femmes

<i>au dessous de 20 ans</i>	7 cas
<i>de 20 à 25 ans</i>	28 cas
<i>de 25 à 30 ans</i>	33 cas
<i>de 30 à 35 ans</i>	25 cas
<i>de plus de 35 ans</i>	7 cas

Il convient de remarquer à propos de cette répartition :

A) Qu'il ne faut pas s'étonner qu'il y ait tant de stérilités au dessous de 20 ans, quand on sait que bien des femmes tunisiennes se marient entre 14 et 16.

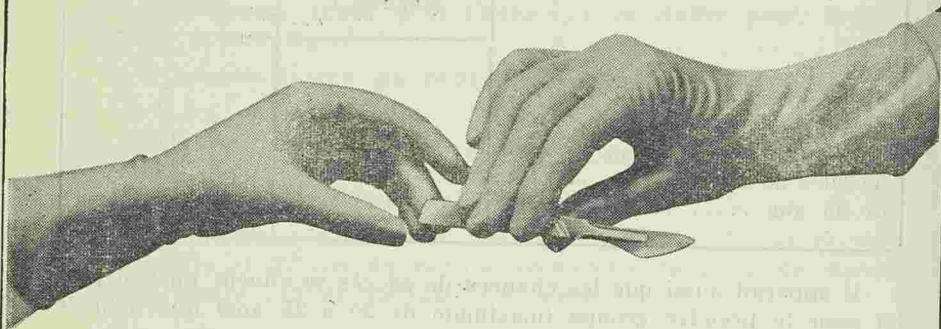
Nous avons, pour elles comme pour les autres, considéré comme stériles les couples qui, après deux ans de cohabitation régulière, n'avaient pas d'enfant.

B) Que le maximum de chances de succès se situe entre 20 et 30 ans. Dans ces limites d'âges nous avons noté 61 cas de guérison sur 100, et le minimum de succès aux deux âges extrêmes, les unes semblant encore trop jeunes et les autres déjà trop âgées.

C) Que parmi les femmes au-dessus de 35 ans, l'âge extrême noté se situe à 41 ans (deux cas de stérilités primaires).

Une analyse plus poussée de l'influence de l'âge, tenant compte

En toute confiance ...

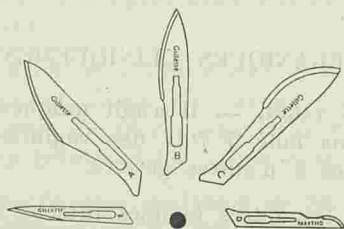


Tranchant parfait, qualité toujours égale :
utilisez en toute confiance les lames
chirurgicales Gillette.

Gillette a mis au service des lames
chirurgicales ses 60 années d'expérience
dans la fabrication des lames les plus
tranchantes et les plus sûres du monde.
Il existe une forme adaptée à chaque cas.
Encastrées dans leur manche façonné avec
soin, elles sont absolument rigides.

Gillette

Lames chirurgicales et manches



En vente dans les magasins spécialisés

Mais nous n'avons rangé dans cette rubrique que les cas où aucune autre atteinte génitale n'ayant été décelée, une fécondation a été obtenue *rapidement* après traitement de la vaginite.

En voici deux exemples tout à fait caractéristiques qui ne manquent pas d'intérêt.

Obs. 43. — 27 ans. Stérilité primaire de 3 ans, cycle normal, tous les examens habituels avaient été pratiqués et n'avaient décelé aucune anomalie (hystérogaphie, biopsie d'endomètre). Nous avons examiné la femme six mois après ces recherches infructueuses et décelé une sécrétion vaginale à peine plus abondante et plus trouble qu'une sécrétion « normale ».

La femme ne s'en plaignait pas et c'est l'analyse systématique qui a montré la présence de nombreux trichomonas.

Traitement arsenical (gynoplax) local.

Le mois suivant, début de grossesse.

Obs. 55. — 24 ans, soignée peu de temps après le mariage pour abondante leucorrhée à trichomonas (le mari était porteur de germe), vaginite résistant à tous les traitements habituels. Au bout de trois ans, pas encore de grossesse; tous les examens avaient montré l'intégrité des trompes et une muqueuse utérine normale. Ce n'est qu'après la guérison (vérifiée au microscope) de la vaginite qu'une grossesse survint (dans le mois qui suivit cette guérison).

A propos de 2 cas de vaginites sans trichomonas, signalons qu'il s'agissait de cas rares *d'infections à pyocyaniques* (pertes bleues malodorantes) dont la guérison fut difficile à obtenir (auréomycine).

B) LÉSIONS DU COL. — Dans 7 cas, nous avons relevé des cervicites nettes, 5 fois exocervicites simples, 2 fois exo et endocervicites.

Les atteintes du col ne nous ont pas permis, dans ces cas, de pratiquer hystérogaphie ni biopsie d'endomètre, ni donc de dire s'il y avait des lésions associées.

Mais le fait que la grossesse a suivi *immédiatement* la guérison des cervicites (électro-coagulation + streptomycine) nous a heureusement dispensé des recherches complémentaires.

C) LÉSIONS DU CORPS — Il s'agit, dans cinq cas, de *fibromes utérins* :

— une fois un *gros polype fibreux* accouché par le col, dont l'ablation a permis une grossesse peu après;

— deux fois d'un *gros utérus* avec de nombreux petits noyaux disséminés sur le corps. Le traitement suivi à la testostérone a permis une grossesse au bout de six mois;

— deux fois de *très volumineux fibromes* uniques du corps (l'utérus remontant au-dessus de l'ombilic).

Dans ces deux cas une myomectomie a permis une fécondation deux mois et quatre mois après l'intervention.

Signalons que, dans la première de ces observations (Obs. n° 6) il s'agissait d'une femme âgée de 41 ans.

L'accouchement s'est passé normalement, mais il y avait un placenta accréta au niveau de la cicatrice de myomectomie qui a nécessité une hystérectomie au moment de la délivrance.

D) *Affection de l'ovaire.* — Dans quatre cas, il s'agissait de *kystes ovariens unilatéraux*, sans retentissement hormonal (biopsie de l'endomètre; muqueuse normale).

— 2 fois, les *kystes étaient dermoïdes*;

— 1 fois, *kystes séreux*;

— 1 fois *kyste muqueux* multi-loculaire.

En général, la fécondation a suivi de peu l'intervention et celle-ci avait permis chaque fois de vérifier l'intégrité de l'autre ovaire et des deux trompes.

Cela pose le problème non encore résolu du mécanisme de la stérilité dans ces cas curieux où un seul ovaire est atteint : il suffit de l'enlever pour permettre une fécondation.

Dans deux autres cas, il s'agissait de *syndrome de Stein-Liventhal* à peu près typique cliniquement, mais tout à fait caractéristique au point de vue anatomique.

La grossesse a suivi la résection cunéiforme des deux ovaires :

— un an après, dans le premier cas (accouchement à terme);

— trois mois après, dans l'autre (avortement au quatrième).

E) SALPINGITES ET PÉRI-MÉTRITES. — Nous parlerons ici que des « *annexites* » à *évolution subaiguë* ou chronique cliniquement diagnostiquées et traitées par nous-même, laissant pour l'instant de côté les salpingites chroniques avec obturations tubaires cliniquement silencieuses et décelées uniquement par l'hystéro-salpingographie.

Nous avons vu dans quatre cas la grossesse survenir après le traitement systématique d'annexites indiscutables.

En voici deux exemples tout à fait caractéristiques :

Obs. n° 1. — Mme X..., 25 ans. stérilité primaire de trois ans.

Cycle à peu près normal.

Souffre du bas-ventre depuis le mariage (deux mois après) presque quotidiennement et spécialement pendant les règles.



...comme

Vitamine C **500** mg.



glucalcium à la Vitamine C **500** mg.

homologué et remboursé par la S.S.

Examen : utérus normal, légère exo-cervicite avec glaire trouble, masse latérale gauche du volume d'un gros œuf, très sensible, peu mobilisable.

Après traitement par les antibiotiques associés au Propidon, puis trois implantations d'amnios, la femme est enceinte (6 mois après le début du traitement).

Obs. n° 2. — Mme C., 32 ans, stérilité secondaire. A eu deux enfants, le dernier il y a huit ans : accouchement suivi d'infection puerpérale. Nous est adressée par un confrère pour annexite bilatérale chronique résistant aux traitements classiques.

La femme souffre presque constamment et surtout pendant les règles.

A l'examen, utérus normal fixé par une double masse annexielle très douloureuse, la droite étant prolabée dans le Douglas.

On décide d'intervenir.

Ablation d'un gros pyosalpinx droit.

La trompe gauche tuméfiée, rouge vineuse, est obstruée à son orifice pavillonnaire où il existe un petit hydrosalpinx. Incision linéaire sans suture. Propidon et antibiothérapie post-opératoire. Suites normales.

Six mois après, évolution d'une grossesse qui s'est terminée favorablement.

Les quatre observations dont nous faisons état nous prouvent que la stérilité n'est pas la conséquence inéluctable de toute annexite en évolution. Nous pensons même, qu'à l'heure actuelle, l'association de la corticothérapie aux antibiotiques devrait nous permettre, dans ces cas, d'espérer des grossesses plus fréquentes.

En première conclusion, dans un premier groupe de 34 cas sur 100, soit près de 1/3 des cas, nous avons obtenu des guérisons de stérilité après traitement médical ou chirurgical de lésions organiques cliniquement décelables.

II. — LES OBTURATIONS TUBAIRES

Dans dix cas, nous avons observé une grossesse, malgré une obturation tubaire bilatérale décelée par hystéro-salpingo-graphie ou insuflation tubaire.

Deux fois, l'insuflation avait relevé une imperméabilité bilatérale indiscutable. Nous avons l'intention d'en préciser le siège par hystérographie, mais une grossesse survint dans les mois suivants.

Cinq fois, l'hystéro-salpingo-graphie décela :

a) une sténose bilatérale à l'orifice utérin (2 cas).

Ces deux malades subirent une *implantation tubo-utérine* unilatérale et furent enceintes, l'une trois ans après, l'autre huit mois après.

B) *Trois fois* une sténose pavillonnaire avec image faisant penser à une *tuberculose tubaire*.

Ces trois malades furent enceintes, mais leurs grossesses furent toutes trois *extra-utérines* (ce qui permit d'ailleurs de vérifier l'origine tuberculeuse des lésions tubaires).

— Dans cette série de 100 cas, l'exploration tubaire a été pratiquée *66 fois* et n'a décelé d'obstacle mécanique au niveau de la trompe que dans *10 cas*, soit près de *1/6 des cas*.

— Sur ces dix obstructions tubaires, trois étaient d'origine tuberculeuse et ce chiffre déjà élevé me paraît, en ce qui concerne la Tunisie, inférieur à la réalité. Le nombre des tuberculoses génitales est ici considérable et dans notre clientèle hospitalière, nous pensons que la tuberculose utéro salpingienne est responsable de près de la moitié de nos cas de stérilité primaire.

Nous avons précédemment insisté sur cette notion étiologique importante en gynécologie (2).

— Il est remarquable que les trois tuberculeuses qui furent enceintes eurent des grossesses extra-utérines.

Tout en admirant les admirables résultats obtenus par certains auteurs dans les cas de stérilité avec tuberculose génitale, et en particulier par DELLEPIANE, de Turin, nous reconnaissons que nous n'avons pas eu la même chance jusqu'ici et nous croyons, avec DALSACE en particulier, que la fréquence de la grossesse extra-utérine est une raison de ne pas être très optimiste en la matière.

III. — LES TROUBLES « FONCTIONNELS »

Dans une toute autre catégorie de cas, n'ayant décelé ni lésion organique cliniquement perceptible ni obstacle tubaire, nous avons cherché à mettre en évidence une anomalie de la fonction ovarienne, nous basant essentiellement :

1° sur les signes cliniques : troubles du cycle et de l'écoulement menstruel, anomalie de la courbe thermique;

2° sur la biopsie de l'endomètre.

Voici les renseignements qui nous ont été fournis :

1. - TROUBLES DU CYCLE ET DE L'ÉCOULEMENT MENSTRUEL

Sur 100 cas analysés, nous avons noté :

(2) Voir « Tunisie Médicale » 1956 et la thèse de notre interne A. LÉVY.

— 54 cas où il n'y avait aucun trouble du cycle ni de l'écoulement menstruel et

— 44 cas où il existait : soit un trouble du cycle, soit un trouble de l'écoulement, soit les deux à la fois.

Nous avons réparti ces troubles dans les catégories suivantes :

Anomalies de la durée du cycle :

— *cycle court* : 8 fois (5 stérilités I + 3 stérilités II);

— *cycle long* : 29 fois (25 + 6).

Anomalie de l'écoulement :

— *trop abondant* : 2 fois (1 + 1);

— *peu abondant* : 4 fois (2 + 2);

— *dysménorrhée* : 5 fois (4 + 1).

Syndrome de tension pré-menstruelle : 10 fois.

En première approximation, les deux anomalies cliniques les plus fréquemment notées dans notre série de 100 cas guéris furent :

— les allongements du cycle;

— et les syndromes de tension pré-menstruelle,

les deux ayant pu être associés chez la même femme.

2. - LA BIOPSIE DE L'ENDOMÈTRE

Dans l'ensemble, cet examen fut pratiqué chez 47 de nos femmes

En voici le résultat schématique :

— *Image normale* : 3 cas (stérilité I).

— *Absence d'activité sécrétoire* : 12 cas (stérilité I) (carence progestéronique).

— *Absence d'activité sécrétoire* : 4 cas (3 stérilités I + 1 stérilité II) + *hyperplasie glandulaire* (hyper imprégnation œstrogénique + carence progestéronique).

— *Hyperplasie glandulaire simple ou glandulo-kystique* : 2 cas (1 stérilité I + 1 stérilité II) (hyper imprégnation œstrogénique).

— *Métropathie déciduiforme* : 8 cas (5 stérilités I + 1 stérilité II) (hyper imprégnation œstrogénique).

— *Endométrite chronique* : 2 cas (1 stérilité I + 1 stérilité II).

— *Carence hormonale globale* 16 cas (13 stérilités I + 3 stérilités II).

De ce tableau, nous pouvons tirer les remarques suivantes :

— Toutes les formes d'anomalies « fonctionnelles » de la muqueuse peuvent être observées chez les femmes stériles, qu'il s'agisse de carence hormonale globale ou de déséquilibre hormonal portant sur l'un ou l'autre type d'hormone ovarienne (ou sur les deux à la fois).

— Pourtant, il semble que c'est l'anomalie de la sécrétion de progestérone qui soit le plus souvent en cause puisqu'elle est retrouvée seule, ou associée, dans 40 cas sur 47 cas.

Aussi, il est possible que c'est après avoir tenté de corriger cette anomalie (par défaut ou par excès) par un traitement hormonal approprié que nous avons pu obtenir la guérison de toute une série de stérilité « fonctionnelle ».

Possible mais non certain, car dans un certain nombre d'observations, la grossesse est survenue dans le mois qui a suivi la biopsie, avant l'institution du moindre traitement et l'on peut se demander si la biopsie elle-même n'a pas été l'élément curateur essentiel.

Cela nous conduit à envisager l'ensemble de nos résultats avec une autre optique, et en nous demandant dans quelle mesure l'une ou l'autre exploration utérine pratiquée en vue du diagnostic n'a pas été en même temps un facteur thérapeutique décisif.

Cette hypothèse n'a rien d'original et a été soutenue à maintes reprises par différents auteurs.

Nous signalons, en particulier, un récent travail de GUÉGUEN sur le « rôle des facteurs d'excitation mécanique dans le déterminisme de la fécondation chez la femme stérile » (3). En conclusion d'une étude statistique portant sur 181 fécondations obtenues chez des femmes stériles, GUÉGUEN remarque que dans 79 cas, la grossesse apparaît après la mise en service d'un facteur mécanique : prélèvement de glaire cervicale, hystérométrie, biopsie endométriale, insuflation, hystérogaphie.

Le chiffre est impressionnant, et il faut féliciter GUÉGUEN d'avoir eu le courage d'écrire ce que les uns et les autres pensent sans oser l'affirmer.

Pour notre part, nous avons essayé de déterminer dans quelle mesure une excitation mécanique a pu favoriser la fécondation.

Il nous a semblé que dans 61 cas, la grossesse survenant dans le mois (ou les trois mois au plus tard) après l'une ou l'autre des explorations ci-dessous mentionnées, nous sommes autorisé à faire le rapprochement entre les deux faits.

Ces 61 cas se répartissent ainsi :

— *Insuflation tubaire* : sur 22 insuflations (dont 20 n'avaient pas révélé d'obstacle) : 16 grossesses dans les trois mois.

— *Hystérosalpingographie* : sur 24 H.S.G. (dont 19 normales) 18 grossesses dans les trois mois.

(3) Presse Médicale : 20 décembre 1958.

— *Excitation cervicale par hystérométrie ou prélèvement de glaire : trois grossesses dans le mois suivant.*

La fréquence des résultats favorables est trop grande à notre avis pour que l'on puisse parler de coïncidence, et il est plus juste de penser avec bien des auteurs qu'il existe un réflexe utéro-hypophysaire susceptible d'agir sur l'évolution d'un cycle folliculaire ou d'une ponte ovulaire jusque-là anormale :

— qu'il s'agisse d'une véritable ovulation provoquée à la manière des lapines;

— ou de modification des sécrétions tubaires favorisant la survie de l'ovule, comme le pense le professeur LACOMME;

— ou bien qu'il s'agisse simplement de modification dans la sécrétion des gonatrophines rétablissant l'équilibre fonctionnel des sécrétions ovariennes.

Quoi que l'on pense du mécanisme, la réalité du fait ne peut être mise en doute et nous croyons avec GUÉGUEN que l'excitation mécanique est un excellent traitement de la stérilité féminine, et qu'il sera un traitement encore meilleur, le jour où cette excitation sera déclenchée sur des bases théoriques plus précises et par des moyens moins empiriques.

En deuxième conclusion : sur 100 stérilités guéries :

— dans 34 cas, il s'agit de lésions organiques cliniquement décelables et curables médicalement ou chirurgicalement;

— et dans 61 cas quelles que furent les causes réelles de la stérilité, la guérison a suivi de peu une excitation mécanique de l'utérus;

— trois autres cas étaient des tuberculoses tubaires.

Il reste encore deux autres où la stérilité était liée à des syndromes endocriniens complexes dont le traitement général a permis en même temps la fécondation.

Dans un cas, il s'agissait d'une stérilité de trois ans. Aucune anomalie génitale, mais obésité importante. Le régime et le traitement thyroïdien a réduit sensiblement son obésité et c'est alors qu'une grossesse survint.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un état d'hypercorticisme chronique avec obésité considérable, vergeture abdominale, excès des 17 ceto stéroïdes (17 mg par 24 heures).

Après divers traitements médicaux inefficaces, la radiothérapie surénale a permis une fécondation un mois après la dernière séance.

**Nouveau diurétique non mercuriel
actif par voie orale**

Diurzilix

CHLOROTHIAZIDE

- **Augmente d'une façon rapide, puissante et constante, l'élimination du chlore, du sodium et de l'eau.**
- **Abaisse la tension artérielle chez les hypertendus (seul ou en association avec les hypotenseurs classiques).**

2 Indications majeures

CEDÈMES

- Insuffisances cardiaques.
- Syndrome néphrotique.
- Tension prémenstruelle.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

- Hypertension légère ou modérée.
- Hypertension sévère ou maligne (en association avec les hypotenseurs classiques).
- Hypertension gravidique (en association avec le Diamox).

Posologie

0,50 g à 2 g par jour (1 à 2 comprimés une à deux fois par jour), le plus souvent en cures discontinues

Présentation

Flacon de 20 comprimés dosés à 0,50 g de chlorothiazide

THÉRAPLIX

98, rue de Sèvres, Paris 7^e - Tél. : SÉGuR 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

ALGER : 100, Rue Michelet

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

CASABLANCA : 103, Rue Dumont d'Urville

LES STERILITES MASCULINES

Nous serons très bref à leur sujet.

D'abord parce que nos résultats ne sont pas nombreux.

Ensuite parce qu'il faut reconnaître qu'en l'état actuel, à part les interventions chirurgicales, pour les azoospermies excrétoires, nos moyens de traitement sont peu fondés théoriquement, et pratiquement très incertains.

Sur les six cas guéris, il y avait deux azoospermies excrétoires : l'un a été opéré à Paris par BAYLE, un autre à Tunis par notre ami CUÉNANT, avec des résultats incontestables, deux azoospermies sécrétoires et deux oligo asthénospermies sévères.

A leur propos, nous remarquons :

1° Que jusqu'ici nous avons été très déçu par les traitements à la Testostérone. Dans un seul cas, ne faisant pas partie de cette série, une grossesse est survenue, deux mois après implantation de 100 mgr. de testostérone dans la vaginale et dans tous les autres cas, nous avons plutôt remarqué des aggravations quand il y avait oligo asthénospermie.

2° Que nos quatre cas ont été « guéris » après traitement par l'arginine.

Dans un des cas, le résultat fut obtenu à deux reprises. Le malade, satisfait de sa première expérience, et après stérilité secondaire de deux ans, a, de lui-même, repris de l'arginine, et sa femme fut enceinte une seconde fois, un mois après le traitement.

Cela ne nous permet pas de porter un jugement définitif sur la valeur de ce traitement. Il nous a déçu bien souvent. Le fait que les seules grossesses constatées l'aient été après cure d'arginine de un mois, nous a paru toutefois assez intéressant pour être signalé.



MATERNA...

- ▶ SPÉCIAL POUR NOUVEAU-NÉS.
- ▶ NORMAL POUR NOURRISSONS.
- ▶ COMPLET NON SUCRÉ.

...L'alimentation idéale des premiers mois de la vie !

LAITS MÉDICAUX MATERNA - 12, rue du Bouquet-de-Longchamp - PARIS (16^e)

TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS



Faint text or a title at the bottom of the page, possibly describing the illustrations above.



Diffusion des plaques ecchymotiques



On notera le tampon narinaire
et les bouquets d'herpès

Purpura aigu au cours d'une grippe ; expression clinique probable d'un phénomène de Shwartzmann

par Naceur HADDAD, Armand SAFFAR et Yvane PILIC.

L'actuelle endémie grippale a permis d'observer des syndromes d'allures diverses; celui que nous extrayons de notre série hospitalière a le mérite de poser un problème intéressant de diagnostic et de pathogénie.

Le 15 mai 1959, entraîné en urgence dans le service une malade de 40 ans, Aïcha Bent Amor. Le diagnostic était leucose aiguë probable. Angoissée, fébrile à 38°5, très affaiblie, l'haleine fétide, elle se présentait avec un purpura généralisé :

— Cutané : prédominant aux quatre membres et aux ceintures, de type pétéchiâle et ecchymotique avec larges confluences, frais;

— Muqueux : tampon aux deux narines par épistaxis intarissable, stomatite pseudo-nécrotique avec saignement et croûtes noirâtres sur les lèvres, la face interne des joues et les commissures. La langue était croûtelleuse et noirâtre et les gencives sanguinolentes et d'aspect sanieux;

— Viscéral : hématuries et mœlena constatés par nous le 16 mai.

Dans l'ordre, étaient apparus :

— Le 13 mai : la gingivorragie et probablement le purpura cutané;

— Le 14 mai : les épistaxis;

— Le 15 mai : les hématuries et mœlena.

Il ne fut pas possible de faire préciser à la malade si l'apparition de la fièvre avait été primitive ou concomitante, mais elle put nous dire qu'elle avait eu des malaises, des frissons et des douleurs diffuses et peu précises une semaine auparavant.

Avait-elle vu un confrère ?

Avait-elle pris quelque remède, ne fut-ce que de l'aspirine ?

Non aux deux questions.

Maladies anciennes ? Trois enfants en vie avec accouchements normaux ! Quatre fausses couches ! Un phlegmon des gaines et aus-

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais

**traitement
NOUVEAU**



COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL



INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÉGLES DOULOUREUSES

ACTION IMMÉDIATE

Phenacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac Acétyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P.H.R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

si une acropathie ulcéro-mutilante avec amputation de la dernière phalange de l'index droit et un affinement des extrémités des doigts des deux mains. Enfin, un B. W. positif avec, comme corollaire, de multiples séries d'injections de cyanure et de bismuth. Mais il y avait des années que le traitement était interrompu après négativation des réactions sérologiques, laissant, derrière lui, une stomatite négligée.

La patiente reçut en urgence des transfusions, de la delta-cortisone, des hémostatiques et de la pénicilline, en attendant le résultat des examens. Ceux-ci éliminèrent une leucose; en effet l'hémogramme indiquait :

- G. R. : 3.300.000;
- G. B. : 12.000, dont :
 - 85 % de Poly-neutro;
 - 14 % de Lymphocytes;
 - 1 % de Monocytes.

La ponction sternale montrait des éléments polymorphes :

- Nombreux myéloblastes, Promyelocytes et Poly-nucléaires;
- Eléments de la série rouge également nombreux;
- Enfin, on notait la rareté des mégacaryocytes, mais nulle part on ne voyait de cellules atypiques (Docteur ZÉRAH).

Le temps de coagulation était de 7 minutes, mais le temps de saignement dépassait 30 minutes.

Par une lacune regrettable due à des raisons extrinsèques, la rétractilité du caillot ne put être étudiée à ce moment-là.

Quant aux urines, elles contenaient du sang, des cylindres granuleux et des pyocytes, mais ni sucre ni albumine. L'urée sanguine était à 0,73.

Quant au diagnostic étiologique de ce purpura aigu, d'évolution rapide, grave, nous semblait-il, en raison de sa soudaineté, de ses multiples manifestations et du tableau infectieux, il ne pouvait être établi, quand, le 19 mai, il nous fut donné de voir, curieusement mêlés aux caillots sanguins agglutinés en couronne sur le pourtour des lèvres et les commissures, des boutons d'herpès.

L'idée nous vint alors de pratiquer la réaction d'hémagglutination de Hirst. La première prise de sang eut lieu le 20 mai et la deuxième le 5 juin. La réaction devenait positive au 1/160 pour le virus grippal du type A, (pour le sérum précoce, au 1/40 pour le sérum tardif), positive aussi au 1/640 pour le type A Singapour, pour le sérum précoce, négatif sur le sérum tardif.

Cette malade est sortie guérie le 21 juin, un peu prématurément

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^{re} semaine : 2 ampoules par jour

2^{me} semaine : 1 ampoule par jour

3^{me} semaine : 1 amp. tous les 2 jours

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

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

car nous voulions l'explorer sous l'angle d'une sclérodémie à laquelle pouvait être rattachée un syndrome de Raynaud avec mutilation des extrémités. Mais nous l'avons revue brièvement à l'occasion d'une récurrence d'épistaxis, mais modérée et sans lendemain, le 24 juillet. A ce moment, l'étude du caillot montrait une bonne rétractilité sans sédimentation tardive et la numération des plaquettes donnait le chiffre de 127.000.

En résumé, cette femme a présenté un syndrome clinique de purpura aigu fébrile avec, à l'acmé de la maladie, hémagglutination positive (1/640 type A Singapour) sur le sérum précoce et au décours de la maladie, une réaction d'hémagglutination sur sérum tardif, faiblement positive au type A (1/40).

* * *

A l'occasion du présent cas, on peut se poser trois questions :

1° De quelle variété de purpura s'est-il agi ?

— D'un purpura endothélial tel qu'on en constate dans la plupart des infections sans thrombopénie notable et avec un caillot rétractile.

2° Est-on accoutumé de voir des maladies à virus provoquer des manifestations hémorragiques et parmi elles la grippe ?

— Il est classique de signaler une tendance à l'hémogénie dans les maladies à virus; les épistaxis sont fréquents dans leur tableau; on a voulu voir dans les pétechies palatines un signe de début des mononucléoses, en particulier.

En ce qui concerne la grippe, ou bien, on cite de petites épidémies de purpura infectieux à agent causal inconnu mais survenues en période de pandémie grippale, ou bien, on signale une forme dite hémorragique de la grippe, forme de fréquence rare mais de pronostic sévère. Donc, de telles manifestations sont connues et la filiation soupçonnée, sinon affirmée.

3° D'où l'intérêt du 3^e point; le fait que l'on dispose ici d'un argument d'hémagglutination suffit-il à établir cette filiation ? Et dans ce cas, quel peut être le mode d'action du virus ? Cet intérêt est grand et pourtant le problème n'est pas résolu, car il manque l'argument direct qu'apporterait une virémie biologiquement évidente; à ce jour, celle-ci n'a pas été mise en évidence, dans la grippe. Jean BERNARD, sur 19 cas de purpura thrombopénique aigu idiopathique, n'a pas pu démontrer le rôle présumé du virus. Mais ELIACHAR et TASSY, à propos d'un purpura thrombopénique par mononucléose, font état cependant d'une expérience de WAGNER et PERUGINI au cours de laquelle l'adjonction du sang malade à un plasma normal provoquait l'agglutination des plaquettes.

Dans le cas présent, il ne s'agit pas d'un purpura thrombopénique mais le fait que cette manifestation hémorragique se soit produite au cours d'une grippe autorise à s'interroger sur le mode éventuel de sa production. Action toxique ? Action de sensibilisation ? Action directe sur les capillaires ou action indirecte par un intermédiaire ? Irritation du système neuro-végétatif ou rôle de protéines liées au virus lui-même ? En somme, s'est-il agi d'une action spécifique ou non ? Il semble certain que s'il y a action toxique, cette action n'est pas due à la multiplication du virus : une expérience de BORDET et QUERSIN-THIRY a montré que la maladie peut être reproduite à partir du virus injecté sans multiplication du virus; si action toxique il y a, cette action n'est pas due, non plus, à la diffusion d'une toxine virale; l'action dite toxique serait liée aux particules virulentes : on raisonne ainsi : sachant que l'infection virale s'accomplit sans multiplication du virus et qu'il n'y a pas diffusion d'une toxine virale, on est fondé à envisager l'éventualité d'une réaction de sensibilisation, soit au virus lui-même, soit à des substances provenant de l'hôte, substances protéiniques qui entrent, selon les travaux de W. SMITH, dans la proportion de 20 % dans la constitution du virus. Cela se conçoit si l'on se rappelle que les virus sont des parasites obligatoires, qu'ils sont constitués d'un noyau commun à tous les virus d'un même groupe (A-B) entouré ou revêtu d'une coque externe : cette coque porte les protéines qui sont le support infectant et la condition de la production des anticorps; ce sont ces protéines empruntées à l'hôte qui entrent dans la proportion de 20 % dans la constitution de la coque externe du virus. Il paraît donc concevable que, dans certaines conditions propres au sujet et au virus (conditions qui posent aussi un problème), puisse se produire une réaction hémorragique plus ou moins grave ou typique semblable à celle que nous rapportons. Mais la question que l'on doit alors se poser concerne la spécificité ou la non-spécificité de la réaction clinique sous forme d'hémorragie.

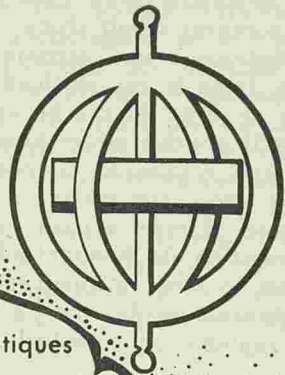
Nous avons, quant à nous été frappés par la ressemblance du tableau observé avec ce que l'on décrit sous le nom de phénomène de SHWARTZMANN avec congestion purpurique, hémorragique, nécrotique. En effet, puisque nous ne pouvons mettre en cause la grippe dans l'étiologie de ce purpura, puisque la production d'anticorps anti-plaquettes n'a pu être mise en évidence par d'autres mêmes que nous dans la grippe, puisque ce purpura n'est pas thrombocytopénique, il nous paraît logique d'incriminer un processus non spécifique et il ne reste qu'à incriminer un phénomène classique, peut-être un peu oublié mais qui garde une valeur considérable en pathologie générale, le phénomène de Shwartzmann. Il suppose, d'une part, la présence du virus dans l'organisme; puis, après un temps libre, l'intervention d'une infection secondaire par un germe surajouté qui, à lui seul, n'eût pas donné, sur ce terrain, la réaction hémorragique que l'on observe quand le virus lui préexiste. Ainsi, GRATIA et LINZ, dès 1931,

ont-ils démontré qu'un tissu préparé par un virus vivant (la vaccine en l'occurrence) réagit d'une manière œdémateuse, hémorragique, voire nécrotique à une agression non spécifique (par exemple le colibacille). Dans le cas particulier, nous n'avons pas mis en évidence le facteur de cette éventuelle agression non spécifique; mais nous pensons qu'il pouvait siéger sans invraisemblance dans un foyer septique latent, colibacille si fréquent chez la femme, facteur infectieux gingival chez cette malade à la denture mal entretenue... Malgré cette lacune, il nous a paru que cette observation pouvait répondre à l'interrogation de BORDET qui, après des expériences tendant à montrer que le virus grippal se prête à l'obtention de phénomènes de Shwartzmann, se demande « si cette constatation expérimentale trouve sa réplique en pathologie humaine ? »

C'est pour cette raison que nous présentons cette observation où, n'était la réaction d'hémagglutination, l'on eût pu conclure à un purpura aigu idiopathique, tableau univoque, alors que, sous la forme d'un purpura, il semble s'être agi d'accidents aigus de sensibilisation non spécifique de type Shwartzmann, par le virus de la grippe

BIBLIOGRAPHIE

- J. BERNARD : *Traitement des purpuras thrombopéniques idiopathiques*, Sem. Hôp. Paris, 28-6-1958, 1788-91 et 1953, 29, 3.415.
- S. BORDET : *Effets toxiques du virus grippal*, Rev. Franç. Ét. Clin. Biol. 1959, IV, n° 7, 649-51.
- E. ELIACHAR et TASSY : *Purpura thrombopénique par mononucléose infectieuse. Etude immunologique. Action de la delta-cortisone*, S. H. P., 24-5-1959, 1821-23.
- A. GRATIA et LINZ : *Le phénomène de Sanarelli et Shwartzmann dans les infections cutanées*, C. R. Soc. Biol., 1931, 107, 1579.
- C. HANNOUN : *Les antigènes des virus*, Bio. Méd., avril 1956, 203-225.
- P. MONNET, J. GAUTHIER, V. THÉVENON : *Les pétéchies du voile du palais dans la mononucléose infectieuse*, P. Méd., 1959, 67, 9, 334-35.
- J. OUGIER et coll. : *Purpura thrombopénique sévère après mononucléose infectieuse. Echec de la corticothérapie nécessitant la splénectomie*, S. H. P., 18-11-1959, 95, 3.115-17.
- H. THIERS, D. COLOMB, J. FAYOLLE, H. PELOUX : « *Données élémentaires sur le phénomène de Sanarelli et Shwartzmann* », J. Méd. Lyon, 1954, 5-11-1959, 875-78.
- W. SMITH : cité par HANNOUN, op. cit.



stéatoses hépatiques
athérosclérose
complications du diabète
hypercholestérolémies, néphrose lipoidique



BOITE DE 30 COMPRIMÉS A 10 Cg



4 A 8 COMPRIMÉS PAR JOUR



LIPORMONE

REMB. S.S. - AMG - COLLECTIVITÉS - AP
P. Cl. 5



LABORATOIRE CHOAY - 48, Avenue Théophile-Gautier, PARIS-XVI* - AUT. 42-43

TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

REVUE DE L'ATHEROSCLEROSE — N° 1

Organe de la Société Française de l'Athérosclérose

Les artériopathies par athérosclérose constituent un des problèmes les plus angoissants de la pathologie moderne : par l'étendue de ses ravages, par ses intrications avec la vie moderne, par le nombre de disciplines auxquelles il touche.

En effet, il concerne autant le neurologue, le biologiste, le chimiste, l'endocrinologue que le cardiologue.

D'où la nécessité d'un point de rencontre, de discussions et confrontations entre toutes ces disciplines.

C'est à cette nécessité que répond la société française de l'athérosclérose ainsi que la « Revue de l'athérosclérose », dont le premier numéro vient de paraître.

A tout seigneur tout honneur, c'est Jean LENÈGRE et son équipe, qui depuis une vingtaine d'années se consacrent à ce problème, qui signent le premier article.

ARTICLE I :

AVANT-PROJET D'UN RAPPORT SUR L'ATHEROSCLEROSE

Il est utile et nécessaire de définir et de délimiter avant toute étude, l'athérosclérose.

C'est le professeur LENÈGRE qui le fait avec sa clarté et précision habituelles dans cet avant-projet :

A) *Définitions anatomiques.* — L'A. S. est une affection des grosses et moyennes artères, constituée par deux lésions fondamentales : la plaque athéromato lipidique et l'épaississement fibreux de l'endartère. D'autres lésions peuvent se surajouter.

B) *Appréciation pratique du degré de l'athérosclérose.* — Les coupes transversales rapprochées renseignent sur le degré de la sténose artérielle qui peuvent ainsi se classer en quatre degrés (degré 1, 2, 3, 4).

Seuls 3 et 4 (où la sténose est ≥ 50 % de la lumière artérielle) sont significatifs, mais ce moyen d'appréciation laisse totalement ignorer l'état de la circulation de suppléance qui conditionne l'allure clinique de la maladie et l'étendue des lésions anatomiques.

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^m 76, r. des Rondeaux - PARIS



LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV*

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE

P. Cl. 2

Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE

P. Cl. 2

Sédatif cardiaque

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

Pour les grands troncs artériels, l'ouverture longitudinale reste le geste essentiel.

C) *Identification clinique de l'athérosclérose.* — Une condition primordiale à l'étude biologique de l'athérosclérose, c'est son identification clinique.

Malheureusement, cette identification reste longtemps douteuse. Deux seuls critères peuvent être retenus comme valables :

— L'angine de poitrine d'effort typique;

— L'infarctus du myocarde,

à la condition de ne retenir ces deux critères que si le malade n'est pas hypertendu, n'est pas porteur d'une cardiopathie valvulaire (en particulier rétrécissement aortique ou aortite syphilitique).

Les hémiplegies et les syndromes d'ablation artérielle chronique des M. I. n'offrent pas une constance étiologique suffisante pour servir de critère.

D) Une grosse difficulté surgit lorsqu'on peut étudier, du point de vue statistique) l'athérosclérose : c'est le choix des groupes témoins. En effet, au-delà de 50 ans, presque toute la population est anatomiquement atteinte d'athérosclérose. D'où la difficulté de trouver un témoin valable.

ARTICLE II :

ETUDE DE LA FRAGILITE LIPOPROTEINIQUE PAR LE TEST DU PAPIER AU TRYCHLORETHYLENE

par A. LEMAIRE, J. COTTET et collaborateurs

Ce test sert à doser le cholestérol du sérum par ce solvant et à évaluer son taux par rapport à la cholestérolémie totale.

L'action chimique du trichloéthylène n'est pas élucidée.

Ce test serait, d'après les auteurs, plus fidèle que les autres méthodes biologiques qui étudient l'athérosclérose.

En effet, le cholestérol sérique est normal chez 50 % des coronariens.

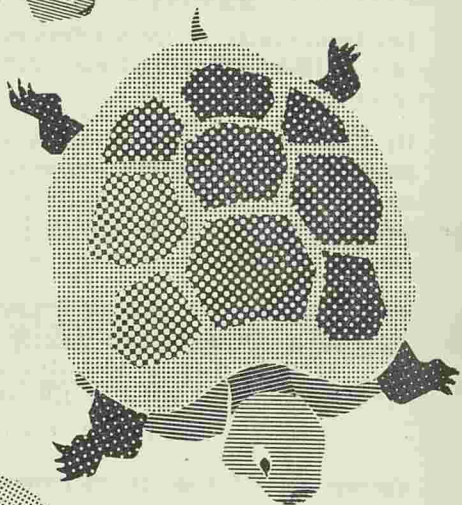
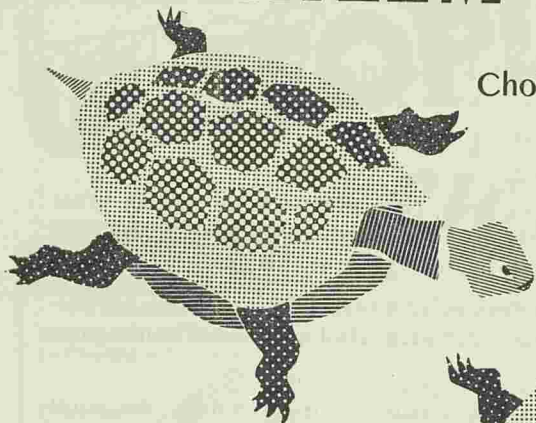
Le test de Kunkel est normal chez 50 % des coronariens. Le rapport β lipoprotéine- α lipoprotéines est normal chez 50 % des coronariens.

Alors que le taux d'extraction du cholestérol sérique par le trichloréthylène est en moyenne de 15,4 % chez les coronariens, de 2,95 % chez les sujets normaux.

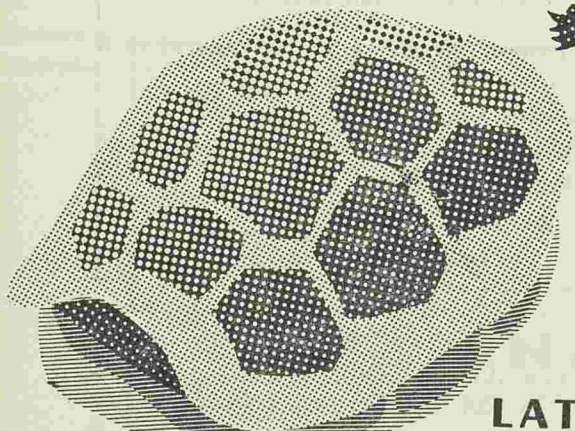
Ce taux d'extraction n'est pas en rapport avec le taux de cholestérol sanguin, en effet, il est élevé chez les coronariens avec taux de cholestérol normal.

SULFARLEM-CHOLINE

Cholérétique - Cholestérolitique



PROTÈGE
LA CELLULE HÉPATIQUE



POSOLOGIE
2 à 3 dragées avant
chacun des 3 repas
Boîte de 60

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

HARVEY &

31, RUE DE LISBONNE - PARIS-8^e

MAROC : P. PELISSARD, 16, rue Dumont-
d'Urville, CASABLANCA

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 5, rue Ampère,
ALGER

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

ARTICLE III :

LE SEROMUCOÏDE PERCHLOROSOLUBLE DU SÉRUM
AU COURS DES PHASES ÉVOLUTIVES DE L'ATHÉROSCLÉROSE

par J. ENSELME et collaborateurs

Le séromucoïde α_1 accompagne toute atteinte du système vasculaire d'origine chirurgicale, ischémique ou métabolique (tels que dépôts de cholestérol sur la paroi artérielle au cours d'un régime riche en cholestérol et en huile).

Peut-être cette augmentation de la séromucoïde α_1 permettra-t-elle de déceler les phases évolutives de la maladie.

ARTICLE IV :

IMPORTANCE DES TRANSFERTS DE CHOLESTEROL

par F. CHEVALIER.

Le cholestérol se trouve dans le sang, dans un état dynamique, c'est-à-dire qu'un échange constant est réalisé dans les deux sens entre les organes qui en contiennent et le sérum.

En particulier le cholestérol de la paroi artérielle obéit à cette dynamique biologique.

Un transfert constant se fait entre la paroi et le sérum, entre la plaque athéromateuse et le sérum.

Une modification de cette vitesse de transfert dans un sens ou dans l'autre influe considérablement sur la concentration du cholestérol dans la paroi artérielle.

ARTICLE V :

PONTAGES PAR HOMO GREFFES CONSERVEES
DANS LES OBLITERATIONS ARTERIELLES DES MEMBRES

par I. NATALI.

ARTICLE VI :

ÉTAT ET NATURE DES LIPIDES PLASMATIQUES

par I. POLONOUSKI.

Les lipides sont solubilisés dans le plasma, sous forme d'association avec les protéines, sous forme de cénapses lipidoprotidiques.

a) *L'ultra centrifugation* les sépare par ordre de densité croissante : en rapport avec leur richesse en protéine :

- les chylomicrons très pauvres en protéines;
- les β lipoprotéines légères;

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIMUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL. P. Cl. 1 et 2

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^e

- les β lipoprotéines principales;
- les α lipoprotéines très denses contenant 50 % de protéines.

Ce sont les fractions protéiques qui donnent sa spécificité à chaque fraction des lipoprotéines;

b) *L'électrophorèse sur papier* donne à peu près les mêmes composantes (voir article de RAYNAUD).

c) *Les techniques chimiques modernes* ont permis l'isolement de deux grandes familles de lipides plasmatiques :

- A) les lipides non phosphorés acétonosolubles,
- B) les phospholipides, acétono insolubles.

A) *Les lipides non phosphorés* : se composent de trois principales variétés :

- les esters de cholestéryle;
- triglycérides;
- stérols dont le cholestérol forme la quasi totalité.

B) *Les phospho lipides* :

- peu de céphalines (chez les sujets normaux), surtout
- les lécithines.

Les lipides plasmatiques sont répartis dans toutes les fractions électrophorétiques, mais inégalement.

Ces lipides se trouvent dans le plasma sous forme d'édifices complexes encore mal connus.

Leur dépôt sur la paroi artérielle dépend de modifications diverses apportées à ces édifices lipido protéiques.

Il semble qu'on ait plusieurs processus possibles pour expliquer ce dépôt cholestérolique :

- la trop grande abondance de cholestérol;
- une modification de l'état ou de la nature des phospho lipides, nécessaire à la solubilisation des lipides insolubles;
- enfin, une dénaturation des chaînes protéiniques.

ARTICLE VII :

LES TROUBLES DU METABOLISME DES LIPIDES DANS L'ANGINE DE POITRINE

par J. L. BEAUMONT et J. LENÈGRE.

La grande majorité de travaux actuels sur l'athérosclérose porte sur le métabolisme des lipides et ceci pour deux raisons :

- la grande richesse de la plaque athéromateuse en lipides;
- la reproduction expérimentale de l'athérosclérose par un régime riche en lipides.

Les méthodes cliniques et biologiques de dépistage des troubles du métabolisme lipidique (cholestérolémie totale, dosage des lipoprotéines β , lipémie totale) sont inconstamment perturbés dans une maladie comme l'angine de poitrine, reconnaissant dans 95 % des cas une étiologie athéro-scléreuse et ne donnent que peu de renseignements sur les modifications qualitatives de ce métabolisme.

D'où la nécessité de méthodes plus fines pour étudier qualitativement les troubles du métabolisme des lipides.

Aux méthodes déjà assez anciennes d'ultracentrifugation d'électrophorèse sur papier viennent s'ajouter des épreuves d'hyperlipémie provoquées. Grâce à ces diverses méthodes, l'équipe de LENÈGRE étudie le syndrome biologique chez 162 patients atteints d'angine de poitrine et le classe en six groupes :

— *Groupe 1 : la xanthomatose hypercholestérolémique* familiale, 34 cas avec des xanthomes des tendons, d'autres signes dans 9 cas, de la xanthomatose familiale dans 25 cas.

Ces hyperlipémies sont stables, insensibles à l'héparine et aux autres hypo-cholestérolémiants; l'épreuve d'hyperlipidémie provoquée y est normale.

— *Groupe 2 : l'hyperlipémie essentielle* typique (7 cas), fruste (31 cas).

Très variable d'un examen à l'autre, elle est sensible au régime et à l'héparine. Il s'agit probablement d'un trouble post prandial du métabolisme des graisses où l'hyperlipémie provoquée est très augmentée.

— *Groupe 3 : l'hyperlipémie d'origine diabétique* (10 cas). Elle est peu sensible à l'héparine, parfois insensible à l'insuline, toujours corrigée par le régime. L'hyperlipémie provoquée y est abaissée.

Groupe 4 : l'hyperlipémie myxœdémateuse qui régresse rapidement à l'extrait thyroïdien, l'hyperlipémie provoquée y est très augmentée.

Groupe 5 : l'hyperlipémie atypique qui ne se classe dans aucun des groupes précédents.

— *Groupe 6 : vingt patients* présentaient une *lipidémie* absolument normale.

Ces résultats montrent — que l'hypercholestérolémie fréquente dans l'angine de poitrine traduit des modifications qualitatives très différentes — que ces modifications diverses sont la conséquence des troubles métaboliques différents — que certaines hyperlipémies sont guérissables (celle du diabète par l'insuline, celle du myxœdème par l'extrait thyroïdien) — qu'un des troubles les plus fréquents du mé-

ampoules buvables

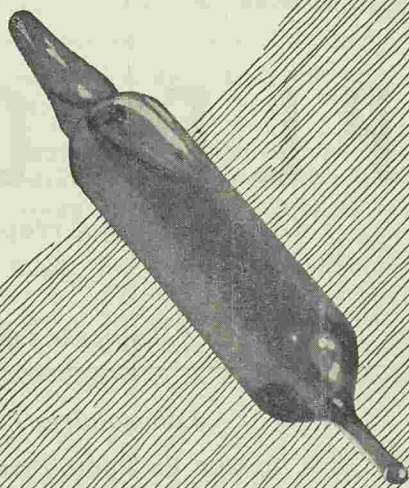
HAMARUTYL

vitamine **P** : 10.000 gammas

associée à la vitamine C, au Citrate sodique et à l'hamamelis.

altérations veineuses

fragilité capillaire



P. Cl. 6 S S

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

**Théophylline-
p-aminobenzoate
de pipérazine**

**ANTALBY
BAILLY**

ET SES ASSOCIATIONS

Dyspnées
*broncho-pulmonaires
ou cardio-vasculaires*

ANTALBY PHÉNOBARBITAL
SÉDATIF

ANTALBY OUABAÏNE
CARDIOTONIQUE

Posologie	Suppositoires A	Suppositoires E	Comprimés	Ampoules
ANTALBY	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 aéroal
ANTALBY- PHÉNOBARBITAL	1 à 3 par jour	1 à 4 par jour	3 à 8 par jour au cours des repas	
ANTALBY- OUABAÏNE	1 à 3 par jour			

LABORATOIRES A. BAILLY

SPEAB · 19 RUE DU ROCHER · PARIS 8

Agents dépositaires pour la TUNISIE :

MM. **VALENZA & C^{IE}** 36, Rue Thiers TUNIS

NOUVEAU PRODUIT

PLEXONAL

L'hypnotique qui réapprend à dormir

— 0 —

2 à 4 dragées le soir au coucher

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

— 0 —

Dépositaire Général :

O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

L'électrophorèse dissocie les lipoprotéines plasmatiques selon leur densité en plusieurs variétés :

ARTICLE VIII :

L'APPORT DU LIPIDOGRAMME A L'ETUDE DE L'ATHEROSCLEROSE

par R. RAYNAUD.

L'électrophorèse dissocie les lipoprotéines plasmatique selon leur densité en plusieurs variétés :

- 1° lipoprotéines de densité élevée;
- 2° le groupe des β lipoprotéines qui se composent :
 - a) des β très lentes;
 - b) des β lentes;
 - c) des β rapides;
 - d) des β très rapides.

La rapidité de migration électrophorétique des lipoprotéines dépend de leur richesse en acides neutres et en acides gras. Les acides neutres accélèrent cette migration, les acides gras la ralentissent.

Dans l'athérosclérose humaine, quatre types de lipidogramme ont été rencontrés :

- 1° lipidogramme normal;
- 2° lipidogramme avec augmentation des β lipoprotéines rapides insensible à l'héparine, se rencontre dans la xanthomatose familiale;
- 3° lipidogramme avec prépondérance des β lipoprotéines lentes;
- 4° lipidogramme avec augmentation de β lipoprotéines et présence de la fraction β très rapide.

Les types 1 et 2 se rencontrent dans l'athérosclérose peu ou pas évolutive, le type 3 se rencontre en période évolutive, le type 4 se rencontre chez les athéroscléreux en hypocoagulabilité.

Si nous avons résumé tout le numéro 1 de la « Revue de l'athérosclérose », c'est pour donner au lecteur une idée de la diversité des sujets traités. L'étude chimique et les moyens d'investigation biochimiques y occupent une place de choix. Car, c'est probablement dans ce sens que se trouve la solution plus ou moins partielle de ce problème de l'athérosclérose.

Dr M. BEN NACEUR.



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de

TRONOTHANE

Marque Déposée



l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES Abbott
44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47-77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres — TUNIS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SEANCE DU VENDREDI 23 OCTOBRE 1959

M. J. E. MARCEL, R. ROUDIER, T. CACOLYRIS : « *Impressions sur la ponction-biopsie percutanée du rein* » (avec projection de film).

A la faveur d'une statistique relativement limitée, chez l'adulte, chez l'enfant, et même chez le nourrisson, sur les malades néphrologiques ou urologiques, les auteurs, appliquant la technique de BRUN, de COPENHAGUE, qu'ils ont objectivée en un film de court métrage, s'élèvent contre les résistances qu'a rencontrées en France cette méthode qu'ils ont employée sans incident notable avec toutefois 20 % d'échecs et dont ils soulignent l'intérêt diagnostique, thérapeutique, voire même scientifique dans un grand nombre de néphropathies.

M. R. DE KOUROCH : « *A propos* » d'une alopecie totale en voie de guérison ».

Présentation d'un cas d'alopecie totale consécutive à un traitement de calvitie par l'hydrocortisone. Résultats extrêmement encourageants de la thérapeutique par la novocaïne (méthode Aslan). Repousse de barbe, moustache, cils, sourcils, et de nombreuses touffes noires sur le sommet du crâne après six mois de traitement. Etat général amélioré. Le traitement continuera pendant un an encore. Le conférencier, quant au mode d'action de la novocaïne, avance l'hypothèse « d'une détente anesthésique avec mise au repos du système neurovégétatif, ce qui permettrait la levée du spasme artériel, d'où une meilleure nutrition glandulaire ainsi qu'une amélioration des déchets tissulaires. Le sommeil a toujours été réparateur ». Présentation du patient.

M. KAUFMAN : « Les tuberculoses adénogènes ».

SEANCE DU 27 NOVEMBRE 1959

COLLOQUE SUR L'OBESITE

M. le Professeur Lucien DE GENNEES : « *Obésités endocriniennes* »

Le temps n'est plus où la cause des obésités semblait se résumer aux excès alimentaires.

On sait aujourd'hui que n'est pas obèse qui veut et que la maladie est liée surtout au fonctionnement d'un centre régulateur qui domine le stockage et la répartition des graisses.

C'est en vain qu'on a cherché dans les glandes endocrines le centre régulateur.

A l'exception de la cortico-surrénale, qui, dans la maladie de Cushing entraîne un certain stockage et surtout une répartition anor-

male des graisses, aucune des endocrines n'est directement responsable. Les tumeurs hypophysaires, elles-mêmes, ne le sont qu'en comprimant le losange diencéphalique où siège le centre régulateur de l'appétit et de l'obésité.

La réalité est démontrée par les faits anatomo-cliniques et par l'expérimentation, et sa notion est indispensable à qui veut connaître aujourd'hui la genèse des obésités et les modalités de leur traitement

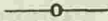
M. le Professeur Gilbert DREYFUS : « *Principes généraux du traitement d'une obésité* ».

Quelle que soit, dans un cas d'obésité, l'importance relative des facteurs exogènes et endogènes responsables, il n'est point de traitement valable sans un régime alimentaire restrictif et précis. Quatre principes président au traitement d'attaque : 1° diminuer les apports caloriques; 2° calmer la faim; 3° préciser la composition qualitative des menus; 4° régler la soif, les boissons, la diurèse. L'auteur préconise l'application des régimes protidiques, hypoglucidiques et privés de sel. L'emploi des diurétiques administrés de façon intermittente et alternante lui, paraît non seulement indispensable dans les obésités spongieuses, mais encore très précieux dans les obésités communes. La médication sédatrice s'impose également chez tout obèse nerveux. L'auteur n'a qu'exceptionnellement recours à l'opothérapie thyroïdienne et souligne les inconvénients des antiorexiques, car, pour obtenir la guérison, il importe à ne pas se borner à calmer la faim mais bien de réduire l'appétit. C'est-à-dire de le réadapter aux besoins réels de l'individu. Deux facteurs conditionnent cette rééducation : le facteur temps (régimes prolongés un an au moins) et le facteur psychique (fréquente indication d'une psychothérapie d'inspiration analytique).

M. P. DENIKER : « *L'obésité du point de vue psychologique et psychopathologique* ».

Après un rappel des règles d'objectivité de l'observation psychosomatique, l'importance du conditionnement alimentaire de l'enfant et celle des circonstances d'apparition actuelle de l'obésité sont soulignées. Chez l'enfant, l'obésité provient surtout, selon les auteurs américains, de l'hyperphagie avec hypo-activité en fonction des relations avec la mère. Chez l'adulte, les indications fournies par l'étude des psychoses, des névroses et du déséquilibre psychique sont successivement passées en revue : les traitements efficaces des psychoses entraînent souvent l'obésité, les déséquilibres de l'humeur des troubles de l'appétit; les « fixations » et les « régressions » orales constituent des perversions instinctives qui peuvent être rapprochées des anorexies névrotiques, des dysomanies, de la toxicomanie alcoolique. Existe-t-il des obésités avec psychisme normal ? Le narcissisme, la passivité foncière, la méconnaissance de la boulimie sont des traits fréquemment rencontrés. Au point de vue thérapeutique, les médications anti-orectives ne peuvent être continuées longtemps sans danger. La cure de sommeil n'est pas absolument sans risques. Les psychothérapies constituent un adjuvant important du traitement : d'inspiration analytique, elles seront cependant légèrement normatives et s'attacheront à comprendre la situation actuelle du malade. D'une manière générale, le traitement d'une obésité comporte la rupture d'un *équilibre pathologique*, biologique et psychologique, dont les conséquences psychiques doivent être prévues d'avance.

Société Médicale d'Afrique Noire de langue française



SEANCE DU 9 NOVEMBRE 1959

*Fréquence, en milieu africain, des luxations alto-axoïdiennes mécon-
nues ou spontanées*, par A. CARAYON et J. F. BLANC.

Paludisme et néphropathie, par J. SÉNÉCAL, M. LARAVIÈRE, P. COUTURIER
et L. PANIS.

L'étude statistique portant sur 9.440 enfants hospitalisés en 5 ans à Dakar, fait ressortir une association entre paludisme et néphropathies.

L'association avec *Pl. malariae* ($\Phi. 2 = 0,19$), est plus forte qu'avec *Pl. falciparum* ($\Phi. 2 = 0,016$) et particulièrement importante entre *Pl. malariae* et néphrose.

Etude critique et discussions.

Un cas de rhinosporidiose à R. Seebéri, en Côte d'Ivoire, par M. PALOUZIER et R. CAMAIN.

La rhinosporidiose à *R. Seebéri* paraît rare en Afrique Noire (7 cas publiés jusqu'à ce jour). Un nouveau cas est constaté chez un enfant de 6 ans, opéré pour une tumeur du vestibule narinaire, de 3 cm de diamètre environ. L'examen anatomo-pathologique a permis d'en préciser l'étiologie rhinosporidienne.

Quelques résultats de splénoportographie dans le cancer primitif du foie, par M. PAYET, A. PELLEGRINO, P. PÈNE, M. SANKALÉ et A. BOURGADE.

L'étude splénoportographique de 19 cas de cancer primitif du foie apporte une contribution dans la connaissance de cette néoplasie très fréquente dans l'Ouest africain. Elle confirme la tendance de ce cancer à créer des thromboses qui vont cheminer à contre courant dans l'axe splénoportale déterminant un syndrome d'hypertension portale. Ce syndrome est aggravé par l'hépatomégalie et l'envahissement du pancréas par le processus tumoral. Ainsi donc, en milieu africain, une hypertension portale avec image splénoportographique d'obstacle sur l'un des segments de l'axe splénoportale doit faire suspecter le cancer primitif du foie.

Sur la rapidité d'action des rappels d'anatoxine tétanique, par H. BOIRON, H. DERASSE, M. CASTETS, F. LAMBERT et M. MALLET.

La vaccination antitétanique est inoffensive et efficace; son effet est durable si elle est entretenue périodiquement par une injection de rappel.

Pseudo-tumeur inflammatoire bilharzienne de la vulve, par Ba AMADOU, R. CAMAIN et C. QUENUM.

Tumeur de la vulve de la taille d'une mandarine, ulcérée, douloureuse, chez une jeune femme Ouolof. L'examen histo-pathologique en révèle la nature de granulome inflammatoire bilharzien (*S. hæmatonium*). Cette localisation vulvaire, beaucoup moins fréquente que les pseudo-tumeurs bilharziennes du col utérin et du vagin, en impose cliniquement comme ces dernières pour une néoplasie et seul le laboratoire peut faire la preuve de son étiologie parasitaire.

ANALYSE.**TRAITEMENT DES SUPPURATIONS BRONCHO-PULMONAIRES**

par H. WARENBOURG

en collaboration avec M. PAUCHANT

G. Doïn et Cie, Editeurs

Bibliothèque de thérapeutique médicale

Directeur : Professeur Raymond TURPIN

S'il est un domaine très peu exploré, c'est celui des suppurations broncho-pulmonaires. Les auteurs leur consacrent un livre de 290 pages divisé en trois parties. La première partie traite des notions de clinique, de bactériologie, d'anatomie pathologique et de physiologie; la deuxième est consacrée à la synthèse des traitements généraux et locaux mis en œuvre au cours des suppurations broncho-pulmonaires; enfin, la dernière partie est consacrée au traitement de chaque type de suppuration.

C'est un livre qui arrive à son heure, où les bronchites, les dilatations de bronches, les abcès du poumon, les kystes aériens suppurés du poumon, les bulles d'emphysème, les suppurations des tumeurs broncho-pulmonaires sont passés au crible de l'analyse anatomo-clinique.

L'un des mérites, et non des moindres, de MM. WARRENBOURG et PAUCHANT est d'avoir insisté sur les suppurations broncho-pulmonaires au décours de la tuberculose et leur traitement.

L'Ecole Lilloise, déjà à l'avant-garde en pneumo-physiologie par les remarquables travaux du Professeur GERNEZ-RIEUX, vient de confirmer sa bonne réputation par cet ouvrage.

Il constitue un instrument de travail et un guide précieux que, non seulement les spécialistes, mais aussi les praticiens de médecine générale doivent avoir à portée de la main.

Amara ZAÏMI.

Et. Henry POTEZ
46 Avenue KLEBER PARIS 16^e

Appareils Médicaux et Chirurgicaux

DÉPARTEMENT

HYGIENISTE

DÉSINFECTION PERMANENTE DE L'AIR

AEROSOLISSEURS

BLOC DERM

ULTRASONS

FOURNISSEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DES SERVICES DE SANTÉ MILITAIRES

TUNISIE : M. Marcel KOSKAS - 8, Rue d'Alexandrie - TUNIS

Téléph. 247.078

LIVRES REÇUS.

— *Problèmes actuels d'endocrinologie et de nutrition.* — Sous la direction de H. P. KLOTZ et J. TRÉMOLIÈRES, Hôpital Bichat, *L'Expansion*, éditeur. Série N° 3.

— *Technique et thérapeutique en pneumologie.* — Sous la direction de Pierre BOURGEOIS et J. TURIAT, Hôpital Bichat, *L'Expansion*, éditeur. Nouvelle série, N° 4.

— *Journées de rééducation 1958.* — Expansion Scientifique Française.

— *La recto-colite hémorragique et purulente*, par Roger CATTAN, M. BUCAILLE et R. CARASSO. Editions médicales Flammarion.

ANNONCE

Appareil pour radiologie, table d'examen, mobilier médical, s'adr. RENOUX, 57 bis, rue Marceschau - Tél. : 245.934.

AÉROCID

1 **Cachet** matin et soir ou 2 **Comprimés**

Aérophagie - Aérocolie - Hypotonie
gastro-intestinale - Insuffisance
hépatique

AQUINTOL

Gouttes * Suppositoires * Sirop

Adénopathies trachéo-bronchiques
Toux spasmodiques - Coqueluche
SÉDATIF ANALGÉSQUE

OPOCÉRÈS

SIMPLE OU VITAMINÉ
Dragées à croquer * Ampoules buvables

Asthénies physiques, psychiques ou
intellectuelles - Alcalose
RECONSTITUANT - DYNAMISANT
PONDÉRATEUR du Ph. humoral

ASSOCIATION PHYTO-HORMONALE SÉDATIVE ASSOCIÉE
ACTIVE PAR VOIE BUCCALE

HEMORAME

A L'ANHYDROXYPROGESTÉRONE

Cachets : 2 à 4 par jour
Comprimés : 4 à 8 par 24 heures

NOUVEAU RÉGULATEUR
DU FLUX MENSTRUEL

LABORATOIRES DE L'AÉROCID - 248 bis, rue G.-Péri - CACHAN (Seine)

CHRONIQUE DE L'O.M.S.**VARIOLE PAS MORTE****Les campagnes de vaccination vont être coordonnées**

La vaccination antivariolique est connue et pratiquée depuis plus de 150 ans; c'est l'un des moyens d'action les plus simples, les plus sûrs et les plus efficaces qu'offre la médecine préventive. Et pourtant, la variole existe toujours à l'état endémique et des épidémies localisées éclatent de temps en temps, surtout en Asie, mais aussi, quoique moins souvent, en Afrique, au Sud du Sahara où 20.000 cas ont été signalés en 1958.

Il s'agit, en grande partie, d'une question d'organisation et de logistique. Les spécialistes s'accordent en général pour dire qu'en vaccinant ou re-vaccinant 80 % de la population en quatre ou cinq ans on doit pouvoir éliminer la variole d'une région où elle est endémique. Mais dans les pays où les moyens de communication sont médiocres ou inexistantes et les populations nomades ou très dispersées, le problème consiste à atteindre ces 80 %.

Ce problème, et d'autres qui lui sont liés (notamment la production de vaccin efficace en quantités suffisantes), vont être étudiés lors d'une réunion de coordination sur la variole qui se tiendra du 16 au 19 novembre 1959 à Brazzaville, siège du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, et à laquelle participeront une trentaine de spécialistes.

Des données sur la répartition de la variole en Afrique ont été rassemblées dans le cadre d'une enquête mondiale entreprise par l'Organisation Mondiale de la Santé à l'instigation de l'Union Soviétique qui avait proposé à l'Assemblée Mondiale de la Santé de 1958, un programme d'éradication de la variole. Ainsi qu'il fallait s'y attendre, la répartition de la maladie en Afrique se révèle très irrégulière; de vastes régions en sont complètement exemptes tandis qu'il existe ailleurs des foyers endémiques, surtout sur la côte Ouest et en Afrique Centrale. Dans la plupart de ces endroits, des campagnes antivarioliques sont en cours d'organisation et la réunion servira à coordonner et à intensifier ces entreprises.

Parmi les problèmes que l'enquête a fait surgir, citons l'indifférence, voire l'hostilité que suscite la vaccination chez certains peuples, en raison bien souvent de convictions religieuses, de croyances tribales, de superstitions ou de l'ignorance. On a même signalé que dans une certaine région rurale, les chefs de tribus organisaient la résistance à la vaccination. Néanmoins, cette résistance s'est vite effondrée lorsque ses deux principaux instigateurs ont succombé eux-mêmes à une épidémie localisée de variole. On développe actuellement les services d'éducation sanitaire pour surmonter les difficultés de ce genre.

Voici quels seront les directeurs des discussions à la réunion :

- Dr O. Adeniyi JONES, *Lagos* (Nigeria Federal Territory);
- Dr M. CARDOSO DE ANDRADE, *Lourenço Marques* (Mozambique);
- Médecin Général P. RICHET, Paris (France);
- Dr M. BLAIR, *Salisbury* (Southern Rhodesia);
- Dr W. DELFONTAINE, *Léopoldville* (Congo Belge).

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. A. FOURATI — S. MESTRI — A. CHARRAD — R. BEN
BRAHEM — A. KHALFAT — S. AMAR — A. NAHUM —
M^{me} BENZINA BEN CHEIKH — MM. J. BAROUCH —
L. CHATENIER — J. CUENANT — J. DEMIRLEAU — B. EL
GHARBI — N. HADDAD — A. HAGEGE — G. VALENSI

Rédaction : A. NAHUM

Comité de lecture : { Z. ESSAFI,
N. HADDAD,
A. HAGEGE,
S. MESTRI,

Administration : L. LEMOINE, 8, Passage du 7 Mai — TUNIS
et Dr A. KHALFAT.

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Reproduction interdite

Tous droits réservés pour tous pays

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais



**traitement
NOUVEAU**

COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL



INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÈGLES DOULOUREUSES

ACTION IMMÉDIATE

Phénacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac Acétyl solicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P. H. R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



Essai de la Griséofulvine dans le traitement de la Teigne, par M. A. KHALFAT	675
Les Sulfamides retard dans le traitement du trachome et ses complications, par M. Rachid MAÏZA	685
L'Hospitalisation de Jour en Psychiatrie — Valeur et limites I. — Introduction générale, par M. F. FANON, Centre Neuropsychiatrique de Jour à Tunis	689
L'Hospitalisation de Jour en Psychiatrie — Valeur et limites II. — Considérations doctrinales, par MM. F. FANON et C. GERONIMI	713

Et. Henry POTEZL
46 Avenue KLEBER PARIS 15^e

Appareils Médicaux et Chirurgicaux

DEPARTEMENT

HYGIENISTE

DÉSINFECTION PERMANENTE DE L'AIR

AEROSOLISEURS

BLOC DERM

ULTRASONS

FOURNISSEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DES SERVICES DE SANTÉ MILITAIRES

TUNISIE : M. Marcel KOSKAS - 8, Rue d'Alexandrie - TUNIS
Téléph. 247.078



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS



Griséfuline

(GRISEOFULVINE)

Un nouvel antibiotique actif et bien toléré pour
le traitement des :

- ❖ teignes
- ❖ mycoses cutanées superficielles et profondes
- ❖ mycoses interdigitales
- ❖ onychomycoses

Comprimés sécables dosés à 250 mg de Griséfuline
(flacons de 32 comprimés).

Adultes : dose moyenne : 1 g par jour, soit 4 comprimés
en deux prises au début des repas.

Enfants : 0,250 à 0,500 g par jour, soit 1 à 2 comprimés
en deux prises au début des repas.

Laboratoires CLIN-COMAR, 20, rue des Fossés-St-Jacques — PARIS-5^e



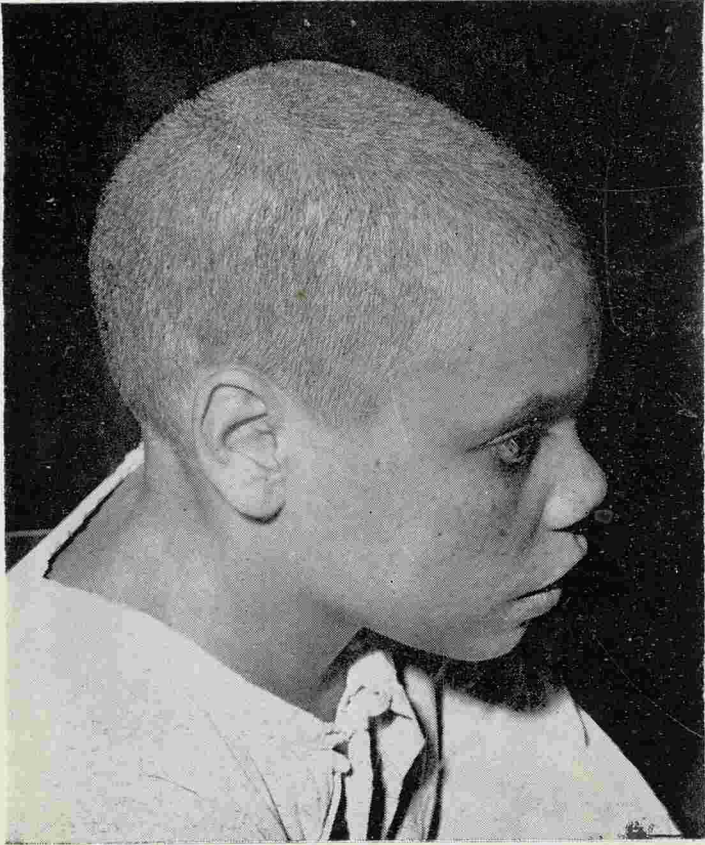
Hadda ben M... (12 ans) à son entrée



Hadda ben M... après 25 jours de traitement



Ezzedine... (15 ans) à son entrée



Ezzedine... après 30 jours de traitement



Ezzedine... 4 mois après la fin du traitement

Essai de la Griséofulvine dans le traitement de la Teigne

par A. KHALFAT

—o—

Depuis l'époque de SABOURAUD jusqu'à nos jours, il y a maintenant près d'un demi-siècle, le traitement de la teigne n'a pas connu de changement. L'épilation était nécessaire et sans elle il n'y avait guère de guérison. Il y a encore quelques années en Tunisie, l'épilation mécanique par arrachage de cheveux au moyen de chéchias enduites de colle était utilisée. SABOURAUD en utilisant des pratiques moins douloureuses a mis entre les mains des médecins des méthodes bien plus dangereuses. En effet, des intoxications graves par acétate de thalium ont pu se produire, en particulier quand cette méthode d'épilation est utilisée dans une campagne de masse. D'autre part, des alopecies cicatricielles secondaires à des radiodermites sont parfois observées ainsi que des dégénérescences malignes tardives de ces radiodermites, lourd tribut payé pour avoir contracté la teigne.

C'est donc avec un véritable soulagement que les médecins et en particulier les dermatologistes ont appris la découverte d'une substance antidermatophytique capable de guérir la teigne. Depuis quelques années la littérature médicale, en particulier la littérature spécialisée, rapportait les heureux résultats obtenus avec certaines substances utilisées par voie locale. En réalité il s'agissait, dans la plupart des cas, de guérisons spontanées dues à la perte du pouvoir pathogène d'un dermatophyte d'origine animale, alors que les véritables teignes d'origine humaine ne réagissaient pas à cette substance.

Pourtant la Griséofulvine, véritable substance antidermatophytique active par voie interne était isolée depuis 1939 par OXFORD et ses collaborateurs d'une culture de pénicillium griséofulvum, mais son action sur les mycoses n'est reconnue que bien plus tard, en 1946, par BRIAN et ses collaborateurs ainsi que par GROVE et MAC GOVAN en 1947.

Tous ces travaux étaient effectués dans un but agricole et il faut attendre plus de dix ans pour assister aux premières expérimentations sur l'animal, en 1958, par GENTLES et ses collaborateurs. Des plaques de teigne étaient expérimentalement réalisées sur le pelage de cobayes et l'efficacité de la griséofulvine était jugée par comparaison avec des animaux recevant des placébos. Chez les animaux recevant de la griséofulvine, très rapidement l'examen microscopique des poils infectés montrait la disparition du dermatophyte dans la portion proximale du poil alors que la partie distale en contenait encore. La griséofulvine était donc la substance antidermatophytique agissant par voie interne, s'intégrant dans la kératine et empêchant à son contact le développe-

ment du dermatophyte. Il était logique de songer à séparer cette partie distale encore parasitée par une coupe et de hâter ainsi la guérison.

Les premiers essais cliniques sont faits à Londres par WILLIAMS, en décembre 1958, sur 9 cas d'infections cutanées à trichophyton et à microsporon dont une teigne à microsporon Audouini. Malgré que ces malades étaient encore en cours de traitement, WILLIAMS constatait déjà l'effet favorable de la griséofulvine. Quelques autres constatations identiques seront faites quelques mois après, par d'autres auteurs. Il faut citer en particulier, la communication en mai 1959 à la Société Française de Dermato-Syphiligraphie, de DEGOS, RIVALIER et LEFORT ainsi que le travail de HADIDA et SHOUSBOE à Alger. Les travaux de ces derniers auteurs portaient essentiellement sur le traitement des teignes : 23 cas de teignes favus et tondantes scolaires dans la communication de DEGOS; 53 favus hospitalisés dans celle de HADIDA. La guérison de tous les cas traités avait été obtenue; une deuxième cure a été nécessaire pour 4 cas de DEGOS où le traitement local n'avait pas été associé. Le recul à la date de leur publication ne dépassait pas un mois.

En ce qui concerne nos essais, l'expérimentation s'est poursuivie durant l'été 1959 et a porté sur 44 cas de teignes du cuir chevelu. Ces teignes étaient divisées en deux lots : un lot de 22 favus qui a fait l'objet d'hospitalisation et un lot de 22 teignes tondantes scolaires traitées à titre externe.

Etant donné l'abondance du matériel humain à notre disposition, les favus ont été choisis parmi les cas les plus généralisés et les plus croûteux. Ces malades venaient de l'intérieur, leurs favus évoluaient depuis quelques années. Deux d'entre eux avaient subi trois épilations par R. X.

Pour les teignes tondantes scolaires, le choix s'est porté sur des enfants porteurs de plaques évidentes, à cheveux cassés, avec confirmation microscopique de la présence de trichophyton violacéum. Certains de ces enfants avaient déjà subi une ou deux épilations par R. X. Pour cet essai, à titre externe, les enfants appartenaient à un milieu assez aisé et connu. Les parents devaient amener journellement leurs enfants pour être examinés et recevoir leur dose de griséofulvine.

L'âge de ces teigneux était le suivant : grands enfants pour les favus, le plus grand avait 18 ans; enfants plus jeunes pour les teignes trichophytiques, le plus jeune de ces enfants avait 20 mois.

Le traitement a été identique pour nos deux lots de malades. Il consistait en une absorption de griséofulvine à la dose moyenne de 1 gramme, en deux prises, matin et soir. Pour les jeunes enfants la dose a été abaissée à 0 g, 75 et pour les grands enfants elle a été élevée à 2 grammes. Cette posologie a été maintenue sans diminution pendant

OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations
vasculaires.

Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.

A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.

1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.

LABORATOIRES

Biosedra

S. A., 28, RUE FORTUNY - PARIS-17^e - TÉL. CAR. 20-22, 23

USINE A MALAKOFF

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

toute la durée du traitement, en moyenne 30 jours, à l'exception du dernier cas de favus où le traitement n'a duré que 25 jours faute de médicament.

Aucune manifestation d'intolérance réelle n'a été observée chez nos malades, en particulier chez les malades hospitalisés que nous avons sous la main. Un seul de ces malades a déclaré avoir mal à la tête les premiers jours du traitement, mais ces céphalées ont vite disparu malgré la poursuite de la médication et sans adjonction d'aucune autre thérapeutique.

Les examens biologiques pratiqués (hémogrammes, vitesse de sédimentation, azotémie, culots urinaires) n'ont rien montré de bien particulier du point de vue sanguin ou rénal.

Dans tous nos cas un traitement local a été associé à la prise de griséofulvine. Ce traitement a consisté en plus de savonnages quotidiens du cuir chevelu, en applications de pommades décapantes, de pommades pénicillinées ou de frictions à l'alcool iodé salicylé selon les cas.

Dans deux cas de favus avec atteinte unguéale, pour éviter une longue hospitalisation et en même temps ménager notre stock de griséofulvine, l'ablation des ongles a été pratiquée dès le début du traitement et nous n'avons pas observé par la suite de récidence.

Le contrôle du traitement a consisté en plus de l'examen journalier du cuir chevelu en prélèvements fréquents de cheveux dans toute plaque paraissant encore suspecte. L'examen microscopique est effectué après préparation au chloral lactophénol. Desensemencements sur milieu de culture sucrée ont été pratiqués pour le groupe de favus. Cesensemencements ont commencé au bout de 5 semaines à développer une culture d'un blanc sale caractéristique de l'achorion schonleini. Par contre, chez les favus une fois traités, lesensemencements pratiqués sont restés tous négatifs.

En ce qui concerne la conservation de la chevelure, à l'exception de deux fillettes atteintes de teigne trichophytique au tout début, tous les autres enfants ont été soit tendus ou soit même rasés au rasoir. Nous avons pratiqué cette coupe systématique des cheveux vers le 21^e jour, puis encore pendant deux mois nous avons répété cette coupe tous les 15 jours.

Chez les deux fillettes où la chevelure avait été conservée, les plaques bien repérées furent l'objet d'une épilation minutieuse à la pince à épiler vers le 20^e jour également, puis d'une seconde épilation 15 jours après.

La coupe à la tondeuse et encore mieux au rasoir est indispensable pour éliminer au bout de quelques jours la partie distale des cheveux qui reste parasitée. Tous les expérimentateurs ont constaté qu'il fal-



Rhumatismes...

Thionaiodine *Vitaminée B₁*

INJECTABLE
100 MGRS



COMPRIMÉS
100 U. I.

Agent Général pour la Tunisie : O. S. P., 10, Rue Amilcar — TUNIS



Couronnement
de la corticothérapie anti-inflammatoire
DÉCADRON

le mieux toléré des corticostéroïdes

(actif au quart de milligramme)



flacon de **40** comprimés sécables à 0,5 mg
Remboursé à **90%** par la Sécurité Sociale - p. cl. 29

LABORATOIRES DELAGRANCE, 39, Bd de LATOUR-MAUBOURG . PARIS-7^e

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

lait attendre près de deux semaines pour observer une repousse de cheveux, saine à sa partie proximale sur quelques millimètres alors que la partie distale reste parasitée. Pour notre part nous avons constaté ce phénomène au microscope vers le 15^e au 17^e jour du traitement. Nous avons préféré attendre jusqu'au 21^e jour pour un peu plus de sécurité avant de pratiquer la coupe de cheveux.

En ce qui concerne notre expérimentation, les résultats ne peuvent être rapportés que globalement, car toutes les observations se superposent.

Dans le groupe des favus, tous les sujets choisis étaient des plus typiques : favus croûteux à godets évoluant depuis un an et plus, pratiquement généralisé à tout le cuir chevelu et débordant sur la peau des joues chez une fillette.

A la fin du traitement tous ces cas de favus étaient guéris. Très rapidement les prélèvements sont devenus négatifs et le sont restés négatifs à de multiples reprises. Nous avons constaté qu'à la fin du traitement le cuir chevelu restait légèrement érythémateux pendant encore près d'un mois et qu'il commençait ensuite à prendre une teinte brunâtre comme dans toute inflammation cutanée en voie de guérison.

Il nous a été possible de suivre ces malades avec un recul actuel de 6 mois; aucune récurrence n'a été notée et tous les prélèvements ou ensemencements effectués sont restés négatifs. Il faut signaler dans ce groupe de favus le cas de deux frères Ridha et Taoufik K... atteints de favus depuis plusieurs années, traités 3 fois par R. X et qui sont maintenant débarrassés de leur mal.

Dans le groupe des 22 teignes tondantes scolaires, toutes à trichophyton violacéum, le traitement a été identique, mais sans hospitalisation. Il s'agissait dans la plupart des cas d'enfants jeunes et dans un but de prophylaxie nous avons examiné tous les frères et sœurs pour éviter des récurrences par contact avec un de ces enfants non traité. Les parents de ces enfants ont été invités à détruire ou stériliser tout objet ayant été en contact avec la tête des enfants.

Nous avons constaté que dans ce groupe la réponse au traitement est moins rapide que dans le favus. Des prélèvements effectués au 22^e jour nous ont montré encore la présence de trichophyton dans quelques cas, mais un mois après le début du traitement, les prélèvements sont devenus négatifs,

Nous avons eu à déplorer par la suite 4 récurrences :

— Hatem T..., âgé de 7 ans, récurrence 50 jours après la fin du traitement.

— Rafika M..., âgée de 9 ans, récurrence 60 jours après la fin du traitement.

— Marcel U..., âgé de 10 ans, récurrence 90 jours après la fin du traitement.

— Martine U..., âgée de 4 ans, récurrence 90 jours après la fin du traitement.

Signalons que chez les deux fillettes, à chevelure conservée, aucune récurrence n'a été observée après un recul de 6 mois.

Les récurrences observées par DEGOS et ses collaborateurs ont été mises sur le compte de l'absence de traitement local, récurrences qui se sont produites dans des délais inférieurs aux nôtres. En ce qui concerne nos cas de récurrences il semble bien que la griséofulvine a guéri dans un premier temps ces enfants et que par la suite malgré les mesures de surveillance préconisées une recontamination par camarades de jeux ou d'école se soit produite. Deux de ces enfants, un frère et une sœur ont été remis à une deuxième cure et les prélèvements effectués à la fin du traitement sont devenus négatifs.

Au terme de cette expérimentation du traitement de la teigne par la griséofulvine, les remarques suivantes peuvent être faites :

1° L'utilisation de la griséofulvine ou introduction dans l'organisme d'une substance antidermatophytique est le traitement idéal et rationnel de la teigne. Il nous a paru pour le moment supérieur aux méthodes de dépilation habituelles en raison de son innocuité et aussi de son efficacité. Un autre avantage est la durée plus courte du traitement et la possibilité dans certains cas de ne pas sacrifier la chevelure, situation auparavant très délicate, dans certains cas, chez l'enfant et les parents. D'autre part, en cas d'échec, aucun délai n'est à respecter, car aucun danger n'est à craindre. Le seul danger à craindre serait l'apparition de résistance, mais rien de tel n'a été signalé. Bien au contraire, d'autres substances antidermatophytiques sont souhaitées être découvertes pour pallier à une résistance éventuelle.

2° En ce qui concerne le favus, l'action de la griséofulvine est remarquable. Des cas ayant échoué après radiothérapie sont maintenant guéris et ce, avec un recul de 6 mois dans nos observations. Nous allons suivre ces malades pendant encore 6 mois pour parfaire notre surveillance, comme c'est la règle après radiothérapie. Nous avons l'impression que ces guérisons se maintiendront, car dans les favus traités par R. X les récurrences s'observent assez tôt, dans les 3 à 4 mois qui suivent l'épilation.

C'est une des raisons qui nous pousse à faire entreprendre une expérience-pilote de traitement massif du favus dans une région rurale très infestée de favus.

3° En ce qui concerne les teignes tondantes scolaires, le problème paraît plus difficile à résoudre. Les récurrences seront probablement aussi fréquentes que par la radiothérapie. Le succès d'une campagne massive

paraît conditionné dans ce cas par le traitement simultané de milliers d'enfants, ce qui pose des problèmes de dépistage, de distribution de médicament et de son absorption réelle, sans oublier le nombre important de personnel nécessaire et les crédits énormes à trouver en raison du coût actuel de la médication.

Néanmoins ces premiers résultats jettent un jour nouveau sur le traitement de la teigne et les plus grands espoirs sont permis de voir la teigne bientôt disparaître de notre pays.

BIBLIOGRAPHIE

- OXFORD R. E., RAISTRICK H. et SIMONART P. : « *Biochem. J.* », 1939, **33**, 240.
GROVE J. F. et Mc GOWAN J. C. : « *Nature* », 1947, **160**, 574.
GENTLES J. C. : « *Nature* », 1958, **182**, 476.
DEGOS R., RIVALIER E. et LEFORT P. : « *Bulletin Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie* », 1959, n° 3, juin-juillet, p. 281.
HADIDA et SHOUSBØE : « *Algérie Médicale* », septembre 1959.

SANDOSTENE

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

ANTI-ALLERGIQUE
ANTIPRURIGINEUX

DRAGÉES - SIROP

Laboratoires SANDOZ
6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

— o —
DEPOSITAIRE GENERAL :
O.S.P., 10, Rue Amilcar - TUNIS

PÉDIATRIE

*Sulfamidothérapie des
infections des voies respiratoires
et des voies urinaires*

SULTIRÈNE

POUDRE COMPOSÉE

pour THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Boîte de 100 g accompagnée d'une cuiller-mesure

(Une cuiller-mesure arasée = 100 mg de principe actif)

TABEAU DE POSOLOGIE

AGE	PREMIER JOUR (dose de charge)	JOURS SUIVANTS
Jusqu'à 1 an	100 à 300 mg soit 1 à 3 cuillers-mesure	100 à 150 mg soit 1 à 1 1/2 cuiller-mesure
de 1 an à 2 ans	300 à 400 mg soit 3 à 4 cuillers-mesure	150 à 200 mg soit 1 1/2 à 2 cuillers-mesure
de 2 ans à 5 ans	400 à 500 mg soit 4 à 5 cuillers-mesure	200 à 300 mg soit 2 à 3 cuillers-mesure
de 5 ans à 8 ans	500 à 600 mg soit 5 à 6 cuillers-mesure	250 à 400 mg soit 2 1/2 à 4 cuillers-mesure
de 8 ans à 10 ans	600 à 700 mg soit 6 à 7 cuillers-mesure	300 à 500 mg soit 3 à 5 cuillers-mesure
au-dessus de 10 ans (30 kg)	La posologie peut être alignée sur celle de l'adulte, soit : - le premier jour : 1 g (4 comprimés à 0,250 g) - les jours suivants : 0,50 g (2 comprimés à 0,250 g)	

La dose journalière sera administrée en UNE OU DEUX PRISES.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE

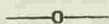


D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale ; 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

Les Sulfamides, retard dans le traitement du trachome et de ses complications

par le Dr Rachid MAÏZA



Depuis quelques mois nous avons entrepris au Centre Ophtalmologique l'étude d'un nouveau médicament dans le traitement du trachome et de ses complications. Bien que cette étude ne soit pas encore terminée, il nous a semblé utile d'en communiquer les premiers résultats.

Il s'agit d'une sulfamide retard, la « Sulfametoxyipyridazine » (1).

Utilisée depuis quelques années déjà en médecine générale, la « Sulfametoxyipyridazine » a été introduite dans la thérapeutique anti-trachomateuse depuis plus d'un an, en particulier par BIETTI, qui l'a même proposée pour les traitements de masse à la dernière Conférence Européenne pour la Lutte contre le Trachome tenue à Tunis en 1959.

Pour notre part, nous avons décidé de l'essayer au Centre Ophtalmologique et d'en faire une étude systématique.

A cause de nos conditions de travail : pénurie de médecins, excès de malades et manque d'éducation médicale de ceux-ci, nous avons procédé de la manière suivante :

Un petit groupe de malades choisis, atteints de trachome évolutif pur et n'ayant jamais reçu de traitement auparavant et soignés dans des conditions expérimentales optima, tous les examens cliniques et de laboratoire sont faits avant, pendant et après le traitement.

Ce travail complet et difficile prendra encore du temps, en raison de difficultés diverses, et les résultats n'en seront publiés que plus tard.

Un deuxième groupe, qui fait l'objet de cette communication, se compose de plus de 50 malades, pris au hasard de nos consultations, atteints de trachome, à tous les stades, compliqués et non compliqués. De préférence nous avons pris des malades qui n'avaient jamais reçu de pommade Terramycine ou Auréomycine ou qui n'en voulaient plus.

Nous avons prescrit du « Sulfametoxyipyridazine » par la bouche exclusivement, c'est-à-dire sans y associer le traitement local; les

(1) Produit d'origine américaine (Lederkyn ou Kinox), fabriqué par « Spécia » sous le nom de « Sultirène ».

doses sont de 3 à 4 gr (12 à 16 comprimés) par semaine, en une ou deux prises pour les adultes.

Pour les enfants de moins de 30 kgs, la dose est calculée sur la base de 15 à 20 mgs, par kg et par jour, ce qui fait 4 à 10 comprimés par semaine en une seule ou en deux fois.

La durée du traitement n'a pas été prolongée au delà de 6 à 8 semaines.

Pour apprécier les effets du traitement, nous nous sommes contentés d'examens cliniques répétés de semaine en semaine.

Nous avons suivi de cette façon :

- une quarantaine de trachomes II-III;
- une dizaine de trachomes III avec lésion cornéenne;
- une dizaine de trachomes II-III avec pannus important;
- enfin, trois cas de trachomes, intriqués de conjonctivite printanière.

Les résultats peuvent être résumés ainsi :

1° Amélioration subjective très nette dès la première semaine. Nous avons posé rituellement la question : « Vous sentez-vous mieux » et la réponse a toujours été nettement affirmative.

2° Amélioration objective plus lente, mais certaine, caractérisée au biomicroscope par l'affaissement des éléments trachomateux, sans formation de tissu cicatriciel fibreux.

3° Amélioration spectaculairement rapide dans les cas compliqués de lésion cornéenne.

Comme il s'agit de sulfamide, bien que les doses aient été très étudiées, nous avons surveillé attentivement nos malades, mais nous n'avons relevé que 3 cas d'intolérance.

Un malade a présenté des troubles digestifs, nausées et douleurs abdominales.

Un autre a présenté une crise d'urticaire.

Le troisième a présenté des tremblements généralisés type Parkinson.

Il ne nous a malheureusement pas été possible de faire examiner ce dernier pour établir exactement la part du médicament dans l'apparition de ce tremblement.

Dans tous les cas d'intolérance, les troubles n'ont pas duré plus de 24 heures.

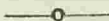
En attendant les résultats du travail dont je vous ai parlé plus haut, concernant le groupe de malades atteints de trachome pur, il

nous est donc possible d'ores et déjà d'ajouter le « Sulfametoxy-pyridazine » à la gamme des produits anti-trachomateux déjà connus.

A son avantage nous retenons surtout :

Sa grande activité sur les cas compliqués de lésion cornéenne, son mode d'administration qui peut convenir à bien des malades : enfants difficiles à tenir, intellectuels gênés par les pommades, malades indisciplinés qui ne peuvent s'astreindre aux applications régulières de collyres et de pommades, etc...

Enfin, la qualité anatomique des guérisons obtenues sans formation de tissu cicatriciel fibreux et rétractiles.



LES VITA-COLLYRES

Collyres à Tonicité et pH Physiologiques

VITASEPTINE-HYDROCORTISONE

VITA. IODUROL-TRIPHOSADENINE

VITASEPTINE CUPRIQUE

VITACARPINE

VITAZINC

VITATROPINE

VITARGENOL

VITA. IODUROL

VITACHROMOL

VITASEPTINE

VERT-SULFO J.

VITABLEU

VITASEDINE



EFFICACITE MAXIMUM TOLERANCE PARFAITE APPLICATION INDOLORE

“ Remboursables par la Sécurité Sociale ”

S.A. LABORATOIRES H. FAURE

ANNONAY (Ardèche) — FRANCE

≡≡≡ MÉDICATION
BIO-ÉNERGÉTIQUE
COMPLÈTE ≡≡≡

IONYL

ÉTATS DÉPRESSIFS
USURE ORGANIQUE
NEURO-ARTHRITISME

**RÉSULTAT IMMÉDIAT
INNOCUITÉ ABSOLUE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES "LA BIOMARINE", DIEPPE

TUNISIE : Ets NOTE — 61, Av. Hadi Chaker — TUNIS — Tél. : 282.090

L'Hospitalisation de Jour en Psychiatrie

Valeur et limites

par le Dr F. FANON

Centre Neuropsychiatrique de Jour de Tunis

— o —

I

INTRODUCTION GENERALE

Après la deuxième guerre mondiale, les problèmes de l'Assistance Psychiatrique se sont posés avec acuité aux praticiens des différents pays. On sait que dès avant 1939 la priorité était donnée d'une part à la prévention et au dépistage précoce des troubles mentaux, d'autre part à la simplification des formalités administratives entourant l'hospitalisation des malades mentaux.

La loi de 1938 adoptée en France, pour ne citer que cet exemple, visait précisément à enlever aux asiles psychiatriques leur caractère carcéral. Pendant la guerre, la recrudescence des troubles mentaux et surtout leur subite éclosion devaient conduire les médecins anglosaxons à intensifier la pratique de « l'open-door » à l'hôpital psychiatrique. Cette formule de porte ouverte, inaugurée par DUNCAN MAC MILLAN à Nottingham et reprise depuis, dans plusieurs pays, permet aux malades d'évoluer librement au sein de l'hôpital, autorisant ainsi le maximum de contacts entre le malade et le milieu social : visites des parents, permissions, congés, sorties précoces, sorties d'essai.

Certes, les premiers malades à bénéficier de « l'open-door » furent des névropathes, des pré-psychotiques, mais l'étude des malades dits chroniques avait montré que pendant longtemps la majorité des symptômes sont d'ordre névrotique et que paradoxalement l'asile aggravait la maladie, favorisait la psychotisation. Un pas de plus et fut inauguré le principe du « day-hospital », hôpital de jour, dont les expériences les plus probantes furent menées en Angleterre, au Danemark et au Canada.

Quels sont les principes de l'Hôpital de Jour ?

1° D'abord, le malade ne rompt pas avec son milieu familial et quelquefois avec son milieu professionnel.

2° La symptomatologie psychiatrique présentée par le malade ne disparaît pas à cause de l'internement, car précisément, les éléments du conflit, la configuration conflictuelle demeurent présents et vivaces dans le cadre familial, dans le cadre social, dans le cadre professionnel.

On n'assiste pas à la disparition magique de la tension, si classique après l'internement, et on a constamment la possibilité d'étudier les réactions du malade dans le cadre naturel de son existence.

Avec l'hôpital psychiatrique de type ancien on soustrayait le malade à son milieu conflictuel et très souvent on avait l'impression d'une disparition subite des symptômes névrotiques sitôt que les portes de l'asile se refermaient sur lui. C'est dans ce sens qu'on pouvait dire que l'internement provoquait une détente. Mais les attitudes névrotiques demeuraient présentes et l'on assistait à leur abréaction à la moindre visite de la femme, du mari, ou à la moindre évocation des difficultés anciennes. L'asile étendait un manteau protecteur autour du malade, mais il s'agissait là d'une fausse protection, car on favorisait la léthargie du malade, cette sorte de sommeil éveillé au sein duquel le malade menait une vie végétative. Et l'attention du médecin n'était attirée que par les troubles du comportement du malade nés le plus souvent des conditions de vie asilaire.

La tentative faite par des médecins de créer au sein de l'hôpital une néo-société (c'est l'expérience de la social-thérapie), visait précisément à imposer au malade des situations similaires au monde extérieur, au sein desquelles le malade pouvait rééditer des attitudes névrotiques telles qu'elles avaient pu exister auparavant.

On voit donc que l'Hôpital de Jour répond à deux besoins :

1° Le diagnostic et le traitement précoces des troubles du comportement.

2° Le maintien du maximum de contacts du malade avec le milieu extérieur, de telle sorte qu'aucune attitude névrotique, aucune situation conflictuelle ne disparaisse magiquement. Il ne s'agit donc pas de hors-circuiter le malade de la vie sociale, mais de mettre en train une thérapeutique dans le cadre de la vie sociale.

Dans la perspective de l'Assistance Psychiatrique c'est une tentative de se déprendre de l'atmosphère de sécurité apparente que dispense l'existence de l'asile.

Les expériences d'Hôpital de Jour qui ont été faites sont rares. Il existe au maximum vingt Hôpitaux de Jour dans le monde. Chaque fois il s'est agi de pays techniquement avancés; jamais une expérience d'Hôpital de Jour n'a été tentée dans un pays sous-développé. Il devenait important au point de vue méthodologique, d'abord de se demander si un Hôpital de Jour était possible dans un pays à faible industrialisation. Si oui, une question de doctrine pouvait se poser : l'Hôpital de Jour peut-il prendre en charge toutes les affections psychiatriques ?

Il faut apprécier à sa juste valeur la décision prise par le Gouvernement tunisien de créer un Centre de Neuropsychiatrie de Jour, le seul sur le continent africain à tenter cette expérience.

Ce sont les résultats de cette expérience que nous étudions ici; c'est la validité de ce principe, même dans les pays sous-développés, qui est défendue ici; c'est notre conviction que dorénavant il devient médicalement important et socialement rentable de développer les Centres Neuropsychiatriques de Jour même dans les pays sous-développés.

Nous verrons qu'en 18 mois d'activité, le Centre Neuropsychiatrique de Jour de Tunis a reçu et soigné plus de 1.000 malades et que moins de 0,88 % de ces malades ont dû être internés.

LE CENTRE NEUROPSYCHIATRIQUE DE JOUR DE TUNIS

Il existait, au sein de l'Hôpital général Charles Nicolle, un Service de Neuropsychiatrie créé depuis plus de quarante ans. Ce Service était pratiquement régi par la loi de 1838. La seule différence était la priorité relative donnée aux malades dits volontaires et pouvant relever de la formule Service ouvert. Les mesures de surveillance ne le cédaient en rien à celles de l'Hôpital psychiatrique banal de la plus mauvaise formule : camisoles de force, cachots, grilles, portes fermées et surtout attitude complaisamment punitive de l'institution. Un plan d'ensemble de l'Assistance Psychiatrique en Tunisie ayant été demandé par les Services Ministériels, les psychiatres tunisiens, d'un commun accord, avaient répondu qu'il leur paraissait important de ne plus multiplier les établissements psychiatriques type grand Hôpital, qui tôt ou tard se transformeraient en asiles. Ils insistaient davantage sur la nécessité de rattacher aux Hôpitaux généraux déjà existants, des Services neuropsychiatriques à faible capacité, mais dont l'efficacité thérapeutique pourrait être rationnellement étudiée et augmentée. Comme une réorganisation d'ensemble de l'Hôpital Ch. Nicolle se posait, ils proposèrent aux Autorités de tenter l'expérience immédiatement et de transformer le Service de Neuropsychiatrie de cet Hôpital en Service de Jour.

Les modifications architecturales furent minimes. On se préoccupa principalement de mettre des poignées aux portes, d'enlever les grilles, de reléguer les moyens de contention type camisoles de force et menottes, et une équipe de malades fut chargée de la démolition des cachots. Le bâtiment fut repeint et la capacité hospitalière fut fixée à 80 lits : 40 hommes, 40 femmes. Dans le Service des Femmes, un petit box de 6 lits fut réservé aux enfants.

Le problème du personnel se posait de façon aiguë. Le personnel ancien avait pris certaines habitudes où dominait la répression. Les malades étaient, comme dans un grand nombre d'asiles de la période contemporaine, considérés comme source d'ennuis et de désagréments dans le Service; comme il est classique, on pouvait assister à une in-

version de la formule originelle : loin que les malades soient la fin dernière du Service, ils s'étaient transformés en ennemis de la tranquillité du personnel.

Ces considérations ne sont pas spécifiques, puisqu'aussi bien la grande critique qui s'élève depuis une vingtaine d'années contre la conception asilaire est précisément celle des relations sado-masochistes qui s'instaurent progressivement entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades.

Le personnel se trouve sous l'autorité d'un surveillant. Il y a 5 femmes et 6 hommes. Très rapidement des cours furent institués qui avaient pour but d'une part, de détruire les attitudes anciennes et de proposer des comportements en accord avec la nouvelle conception du Service. Il apparut assez rapidement que quelques infirmiers et quelques infirmières n'étaient pas à même de s'adapter rapidement. En accord avec les médecins du Service, ces agents demandèrent leur mutation et furent remplacés par de jeunes éléments qui avaient une formation générale plus importante et surtout qui n'avaient jamais été mis en contact avec les malades mentaux.

Ces nouveaux infirmiers adoptèrent en face des malades une attitude normale.

LA JOURNÉE AU CENTRE

Les malades arrivent à partir de 7 heures. Ils viennent seuls ou accompagnés de leur famille. A leur arrivée, les infirmiers sont déjà en place et les accueillent. Chaque agent a la responsabilité de 6 à 8 malades. Il n'arrive jamais que des malades changent d'infirmier. Le rôle de l'agent est d'abord de répéter quotidiennement certains gestes techniques (prise de la température, du pouls, de la tension artérielle), mais surtout de s'entretenir avec chacun de ses malades et de se renseigner sur les activités du malade, ses pensées depuis sa sortie du Centre la veille, jusqu'à son retour. Il est recommandé à l'agent de se renseigner plus particulièrement sur le sommeil du malade, ses rapports avec son conjoint s'il est marié, ses cauchemars, ses rêves. Chaque matin à l'arrivée du médecin un rapport doit être établi. Il est demandé aux infirmiers d'adopter une attitude bienveillante, surtout quand le matériel onirique apporté est spectaculairement angoissant. Dans ce cas, le médecin doit être avisé dès son arrivée au Service.

En principe, trois jours sont consacrés au Service des Hommes, trois jours au Service des Femmes (1). Mais très souvent, lorsqu'il est

(1) La pauvreté en personnel médical restreint considérablement l'activité thérapeutique du Service. Depuis plus d'un an, pour 80 malades, il n'y a ni internes, ni assistants. Le seul Chef de Service doit donc assumer toute la thérapeutique.

signalé au médecin un malade anxieux, ou que des difficultés dans le milieu familial ont pris la veille une acuité inaccoutumée, une intervention est immédiatement pratiquée.

Deux catégories de psychothérapies ont lieu dans le Service :

- a) Psychothérapies d'inspiration psychanalytique, les plus nombreuses;
- b) Psychothérapies de soutien, d'explication, s'inspirant principalement de la théorie pavlovienne du deuxième système de signalisation.

Dans le deuxième cas, la plupart du temps, l'agent affecté au malade assiste à l'entretien.

En règle générale, l'agent doit éviter d'interroger la famille en présence du malade et précisément pour éviter les maladresses des parents il est même demandé de ne point les interroger sur le comportement du malade.

Quelquefois le malade est à ce point inhibé qu'il n'est pas possible d'obtenir des renseignements sur son activité en dehors du Centre. Dans ce cas nous interrogeons les parents.

Le repas est servi au Centre aux mêmes heures que dans les autres Services hospitaliers, entre 11 h. 30 et 12 h. 30. L'après-midi est consacrée aux activités collectives; soit de **dramatisation** : les malades sont réunis par leurs infirmiers respectifs qui leur racontent une histoire en notant les projections ou les identifications; ou c'est un malade particulier, sollicité, qui doit raconter ses difficultés, et sont alors notées les réactions des malades à ces dites difficultés (nous reviendrons dans le chapitre Psychothérapie sur l'intérêt de cette méthode); soit **fabrication d'objets** chez les hommes, et tricotage, couture, repassage, cuisine chez les femmes. Soit des séances d'initiation au cours desquelles il est enseigné aux malades les soins aux bébés, l'utilisation de la machine à coudre et du fer à repasser.

A 17 heures est servi le repas du soir; et à 17 h. 30, les malades commencent à quitter le Service. A 18 heures, le Service est fermé. Le Centre est également fermé le dimanche.

LES HOSPITALISATIONS A MI-TEMPS

Il arrive souvent que l'état d'un malade nécessite des soins, mais que sa condition matérielle ne lui permette pas de quitter son emploi ou d'interrompre son activité.

C'est le cas par exemple des femmes de ménage, des étudiants ou des représentants de commerce. Dans ce cas, il est permis au malade, une fois son traitement terminé, de quitter le Service; ainsi donc, la



DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
PAR VOIE ORALE
BACTÉRICIDE

Entobex



UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

CIBA

thérapeutique occupationnelle qui pose tant de problèmes dans les asiles, se trouve ici résolue et de la meilleure façon puisque le malade ne perd pas le contact avec le milieu de sa praxis et que les mécanismes professionnels ne risquent pas de se dégrader. Il ne nous semble pas utopique dans une deuxième étape de soulever un problème qui nous paraît important. Ne serait-il pas possible, comme cela existe dans certains pays, d'organiser à partir de 18 heures, un Service de nuit où d'autres malades, placés dans des conditions sociales spécifiques (fonctionnaires, instituteurs, artisans), pourraient recevoir des soins sans pour autant interrompre leurs activités professionnelles.

* * *

Comme nous le disions précédemment, le Centre Neuropsychiatrique de Jour de Tunis a ouvert ses portes en mai 1958. Du mois de mai 1958 au mois de décembre 1958 ont été admis 345 malades se répartissant de la façon suivante (2) :

1958

MOUVEMENT DES MALADES DU C.N.P.J.

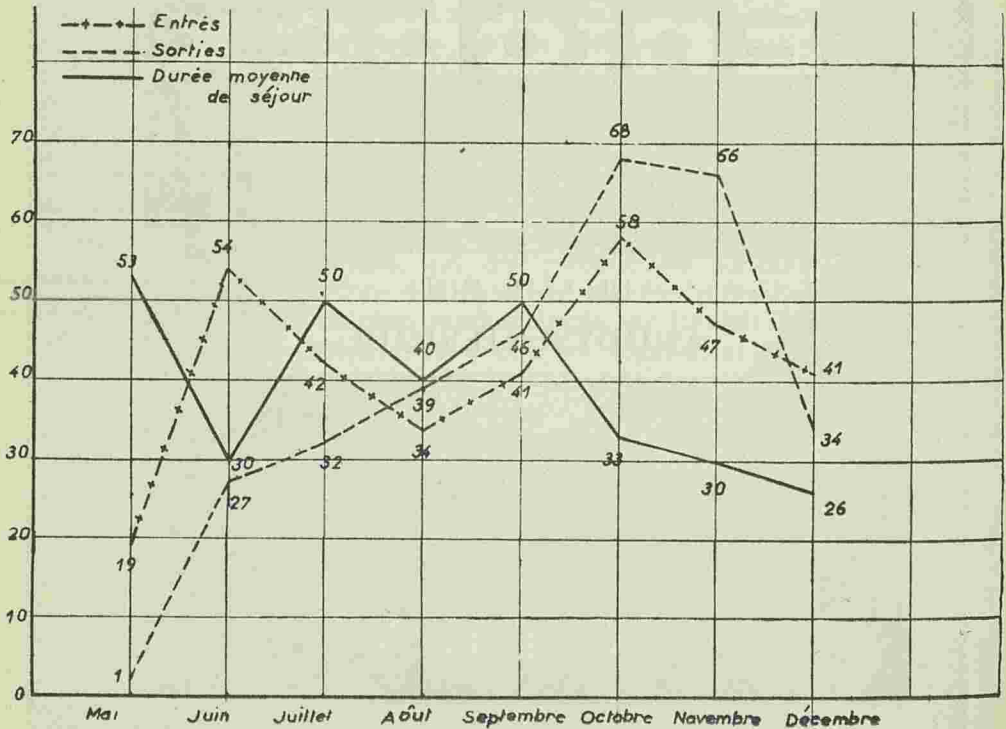


FIG. I

(2) Les malades sont admis par la consultation externe de neuropsychiatrie de l'Hôpital Ch. Nicolle. Chaque jour, un médecin neuropsychiatre assure cette consultation.

1958

PYRAMIDE DES AGES DES MALADES

Hommes

Femmes

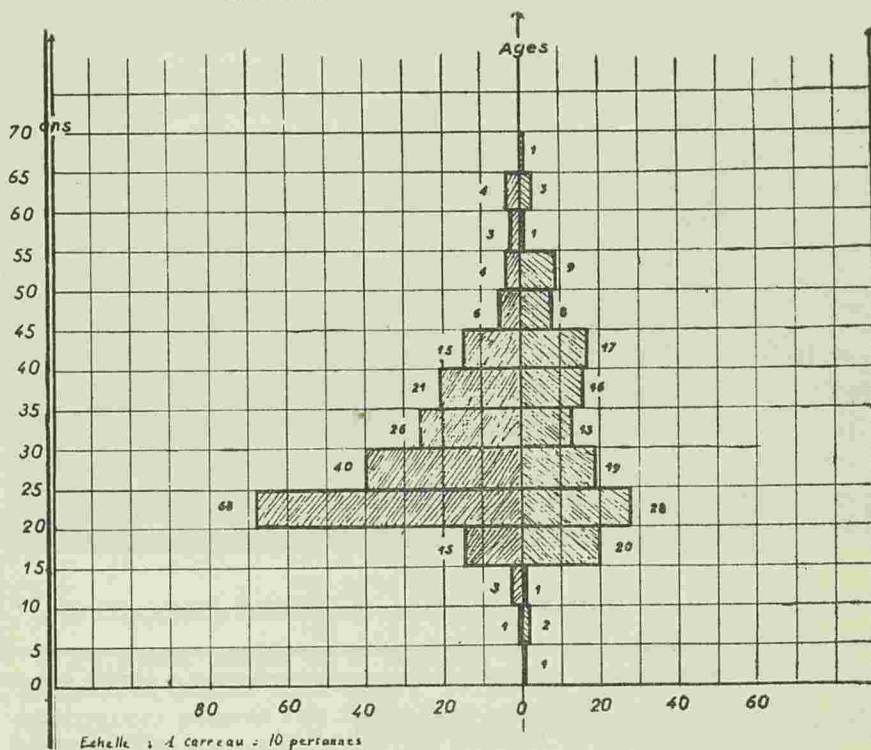


FIG. II

202 hommes,

135 femmes,

8 enfants (4 garçons - 4 filles),

ce qui fait une moyenne de 57,5 malades par mois.

Si l'on suit la courbe de durée moyenne de séjour (fig. I) on s'aperçoit que le premier mois, la durée moyenne est de 53 jours, chiffre qui ne sera plus jamais atteint. Le mois de décembre, par exemple, verra la durée moyenne d'hospitalisation réduite à 26 jours. Ces deux chiffres indiquent nettement que l'organisation du Service s'est progressivement améliorée.

Les hommes sont de loin les malades les plus nombreux et le chiffre peu élevé d'enfants tient uniquement au fait qu'au début nous avons voulu surtout insister sur la partie adulte de la population malade. Ce n'est que progressivement que nous avons pu implanter un

Que la nuit est longue...
sans
NEURINASE

VALÉRIANE STABILISÉE + BARBITAL A DOSE FAIBLE
ADULTES SOLUTION : 1 à 4 c. à c. ou COMPRIMÉS
 SUPPOSITOIRES "A" : 1 ou 2 au coucher **ENFANTS** 1 à 2 DRAGÉES
 ou SUPPOSITOIRES "E" } PAR 24 h.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER, 45, Rue M.-Michells, NEULLY (Seine)

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

Ed. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

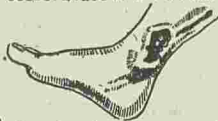
CICATRISÉ

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 SEVIGNÉ - R. MAURY, Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS

box pour enfants. A partir de 1959 les enfants seront admis en nombre important.

Parmi les 345 malades hospitalisés au C.N.P.J. pendant les 6 premiers mois de 1958, on trouve : 12 Israélites (6 hommes, 6 femmes), 9 Européens (8 hommes, 1 femme), 28 réfugiés algériens (20 hommes, 8 femmes) et 296 Tunisiens.

Age moyen des malades :

L'étude du diagramme (fig. II), montre que la majorité des malades se situent entre 15 et 35 ans, avec chez les hommes et chez les femmes, un sommet entre 20 et 25 ans. Cette courbe est intéressante, car elle indique que les maladies mentales éclosent dans la période considérée généralement par les médecins internistes comme la moins exposée aux maladies. Le psychiatre pour sa part retiendra cette période comme celle de l'épanouissement de l'individu, au cours de laquelle est choisie une profession, se crée un foyer et naissent les enfants.

A signaler la remarquable rareté des maladies de la période post-ménauposique, et la quasi absence des troubles de la sénilité.

Situation familiale :

En tenant compte de la situation des malades selon qu'ils sont célibataires, mariés avec enfants ou mariés sans enfants, certaines observations peuvent être faites. C'est ainsi, par exemple, que sur 345 malades, 162 sont célibataires (115 hommes, 47 femmes). Les malades mariés ayant des enfants sont beaucoup plus nombreux que les mariés sans enfants. C'est ainsi que nous trouvons 105 malades mariés ayant des enfants (54 hommes, 51 femmes) et seulement 28 mariés sans enfants (14 hommes, 14 femmes).

Il est facile de voir que les 115 célibataires hommes sont en âge de se marier, mais sont sans travail ou touchent un salaire tellement dérisoire qu'il leur est pratiquement impossible de fonder un foyer. (Fig. III).

De même, très souvent, les mariés ayant des enfants se trouvent dans des conditions matérielles extrêmement difficiles qui rendent dramatique le problème de l'entretien et de l'éducation des enfants.

Situation économique des malades hommes : (Fig. IV)

Sur les 202 hommes hospitalisés pendant les 6 mois de 1958, les petits artisans (tisserands, vendeurs de bonbons, marchands de légumes am-

1958
SITUATION FAMILIALE
Diagramme comparé : Hommes-Femmes

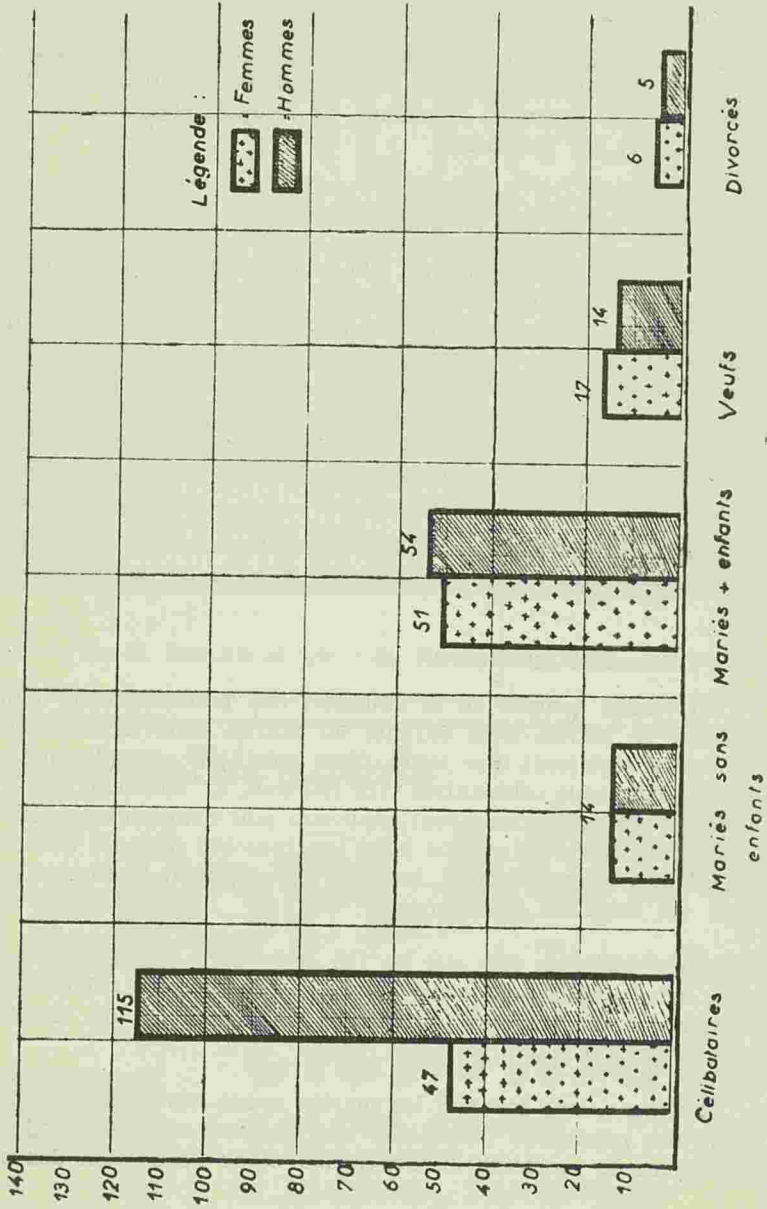


FIG. III

bulants, etc...) sont au nombre de 41, les chômeurs au nombre de 39. Ce sont les deux sommets du graphique. Ces chiffres corroborent une donnée constante dans la problématique de la maladie mentale : c'est que l'incertitude du lendemain et l'incurie matérielle favorisent l'écllosion des troubles de l'équilibre individuel, donc de l'insertion harmonieuse dans le groupe. Il n'est pas inopportun de signaler que les réfugiés algériens sont ici au nombre de 20. Nous verrons qu'en 1959 ce chiffre augmentera considérablement.

Situation économique des malades femmes :

Très peu de femmes travaillent. Sur 135 femmes, 4 travaillent (2 femmes de ménage, 2 travailleuses à domicile). Parmi les 65 femmes

1958 SITUATION ECONOMIQUE : HOMMES (Diagnostics)

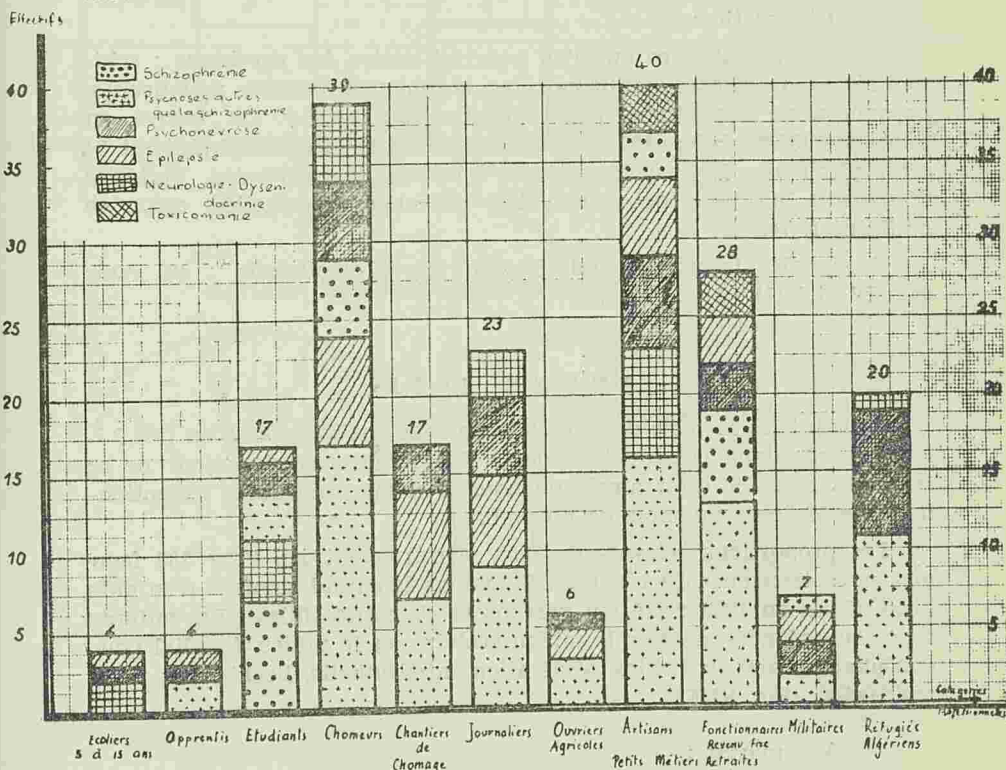


FIG. IV

mariées, la majorité est constituée par des femmes de journaliers et des femmes de chômeurs. (Fig. V).

Situation géographique :

195 malades sont originaires de Tunis-ville, 53 sont originaires de la banlieue et 51 des bidonvilles (Djebel Lhamar : 16, Ras Tabia : 6, Melassine, Saïda-Manoubia : 21, La Cagna : 3, Le Borgel : 5) (Fig. VI).

Quelquefois il est possible aux malades habitant les autres Gouvernorats d'être hébergés chez des parents habitant Tunis. Dans cette catégorie on en trouve 46.

Parmi les malades résidant à Tunis, il aurait été intéressant de savoir s'ils sont nés à Tunis ou depuis combien de temps ils s'y trouvent, s'ils y sont en permanence ou de façon épisodique, s'ils y viennent travailler ou se reposer. Ces précisions sont très difficiles à obtenir et nous avons l'intention de reprendre cette question ultérieurement.

Diagnostic :

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les psychoses : schizophrénies, psychoses hallucinatoires chroniques, manies, mélancolies, paranoïas, ne constituent pas l'exception au C.N.P.J. On trouve, en effet, sur 337 malades, 129 psychoses autres que la schizophrénie et 34 schizophrénies. Les psychonévroses, névroses de conversion, hystéries d'angoisse, névroses obsessionnelles, perversions sexuelles, etc..., se chiffrent à 74.

A signaler le nombre relativement élevé d'épilepsies : 47. (Voir Fig. IV et VII).

A N N E E 1 9 5 9

Pendant les 11 mois de 1959, 670 malades ont été admis au C.N.P.J. Les progrès dans la réduction de la durée moyenne de séjour ne se sont pas ralentis. C'est ainsi que nous trouvons une durée exceptionnelle de 15 jours au mois de novembre.

Les proportions relevées en 1958 se retrouvent ici. Pour 232 femmes nous trouvons 322 hommes. Signalons le grand nombre d'enfants hospitalisés en 1959 : 116 (69 garçons et 47 petites filles). Les enfants sont souvent adressés par le milieu scolaire ou le milieu familial pour encéphalopathies infantiles, arriération intellectuelle, bégaiement, énu-résie, etc... (Fig. VIII).

Age moyen :

Nous retrouvons en 1959 les mêmes caractéristiques concernant l'âge des malades : les troubles mentaux apparaissent entre 20 et 35 ans. Plus

1958

SITUATION ECONOMIQUE DES MALADES FEMMES

Profession du mari (ou profession exercée par la malade)

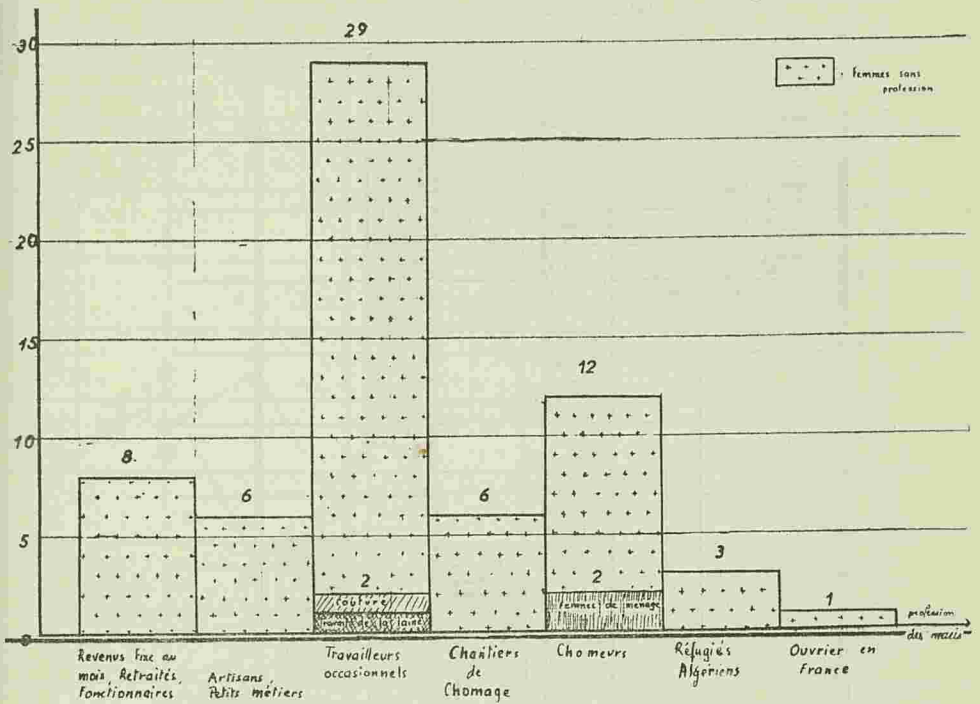
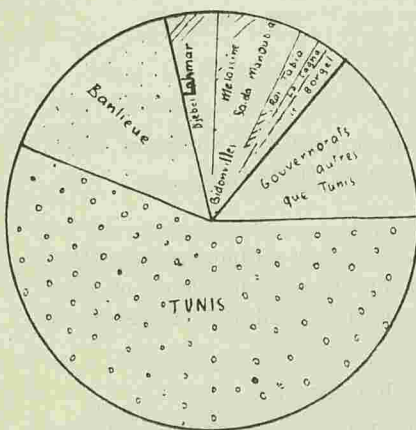


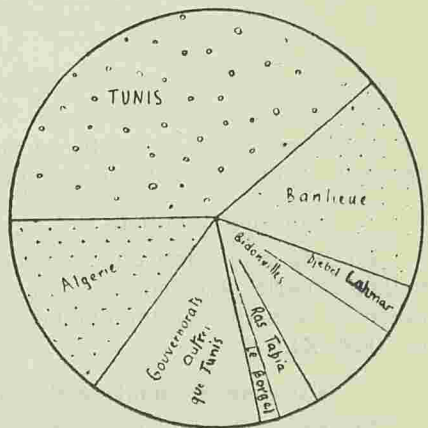
FIG. V

SITUATION GEOGRAPHIQUE DES MALADES



1958 : 345 malades

- 195 venant de Tunis
- 53 — Banlieue
- 51 — Bidonvilles
- 46 — Gouvernorats autres que Tunis



1959 : 670 malades

- 259 venant de Tunis
- 112 — Bidonvilles
- 111 — Banlieue
- 93 — Gouvernorats autres que Tunis
- 95 — Algérie

1958 DIAGNOSTICS : Femmes

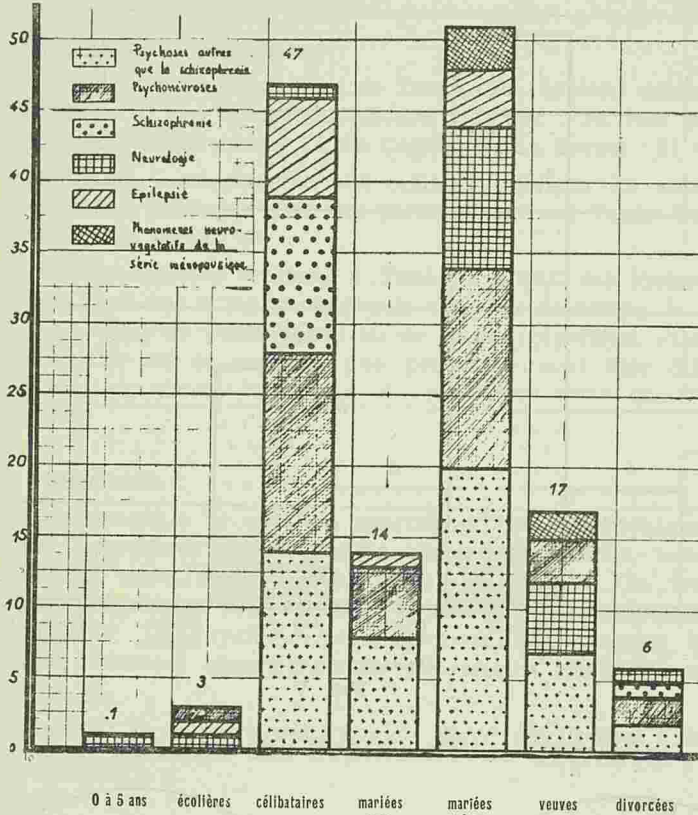


FIG. VII

on vieillit mieux on se porte, ce qu'il faudrait peut-être formuler autrement : plus on vieillit mieux on se supporte. (Fig. IX).

Situation familiale :

En 1959 nous trouvons également 274 malades célibataires et 213 malades mariés avec enfants. Les mariés sans enfants, les veufs et les divorcés constituant un nombre infime de la population du Service. (Fig. X).

Situation économique des malades hommes :

Un élément important dans ce diagramme est le nombre élevé de réfugiés algériens (95), plus du sixième des malades.

Cette pathologie du réfugié, si polyvalente et toujours très grave devra retenir notre attention dans un travail ultérieur.

1959

MOUVEMENT DES MALADES DU C.N.P.J.

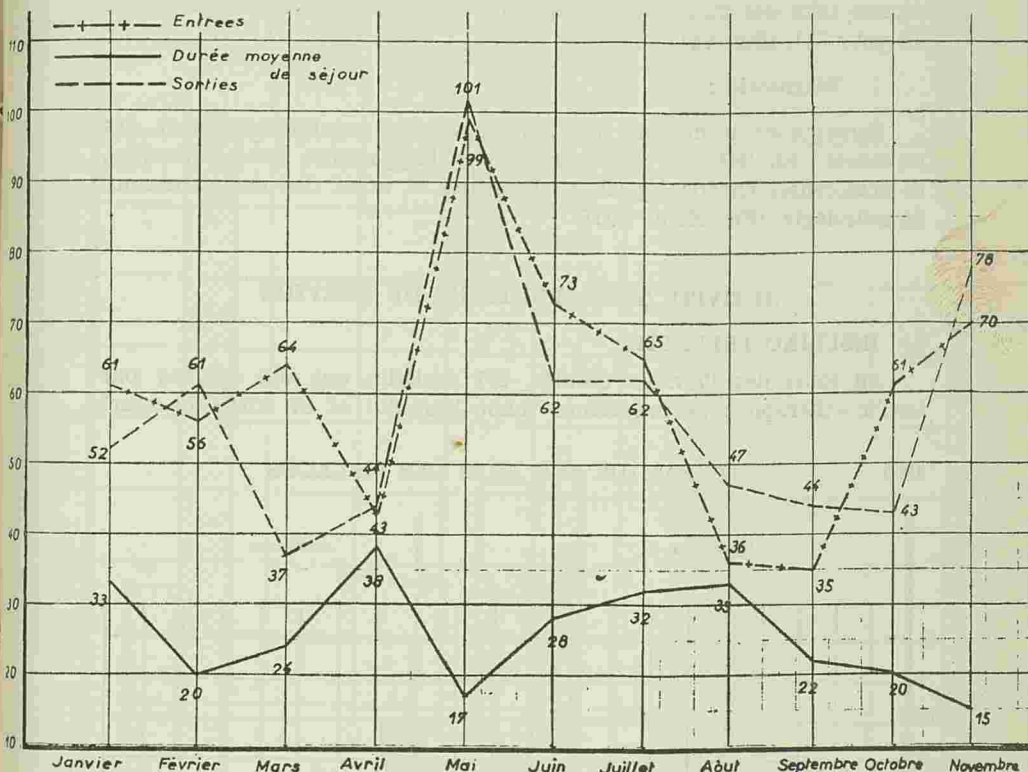


FIG. VIII

Pour les autres rubriques, notons le nombre élevé d'écoliers et naturellement la place importante prise par les chômeurs et les « petits métiers ». (Fig. XI).

Situation économique des malades femmes :

On remarque, qu'en général, les femmes ne travaillent pas. Seules travaillent, pour des raisons évidentes, les veuves et les divorcées. Les femmes de chômeurs, par ailleurs, représentent la plus grande partie des femmes hospitalisées. (Fig. XII).

Situation géographique :

Il est normal que la majorité des malades hospitalisés au Service de Jour habitent la ville. Signalons toutefois, que contrairement à ce que l'on pourrait penser, les malades de Tunis-ville sont plus nombreux que les malades des bidonvilles. Il faut également noter, en 1959, le

grand nombre de réfugiés algériens atteints de troubles mentaux, qui dépasse celui des Tunisiens venant des Gouvernorats autres que Tunis (95 pour 93). (Fig. VI).

Diagnostic :

Remarquons le nombre toujours élevé des psychonévroses et des psychoses. En 1959, on relève également, l'apparition dans le Service, de nombreuses encéphalopathies infantiles et aussi des cas nombreux de neurologie. (Fig. XI et XIII).

ACTIVITE THERAPEUTIQUE DU SERVICE

A) INSULINO-THERAPIE.

Au cours des 17 mois écoulés, 171 malades ont été soignés par insulino-thérapie : 84 pré-comas (choc humide) et 87 cures de Sakel

1959

PYRAMIDE DES AGES DES MALADES

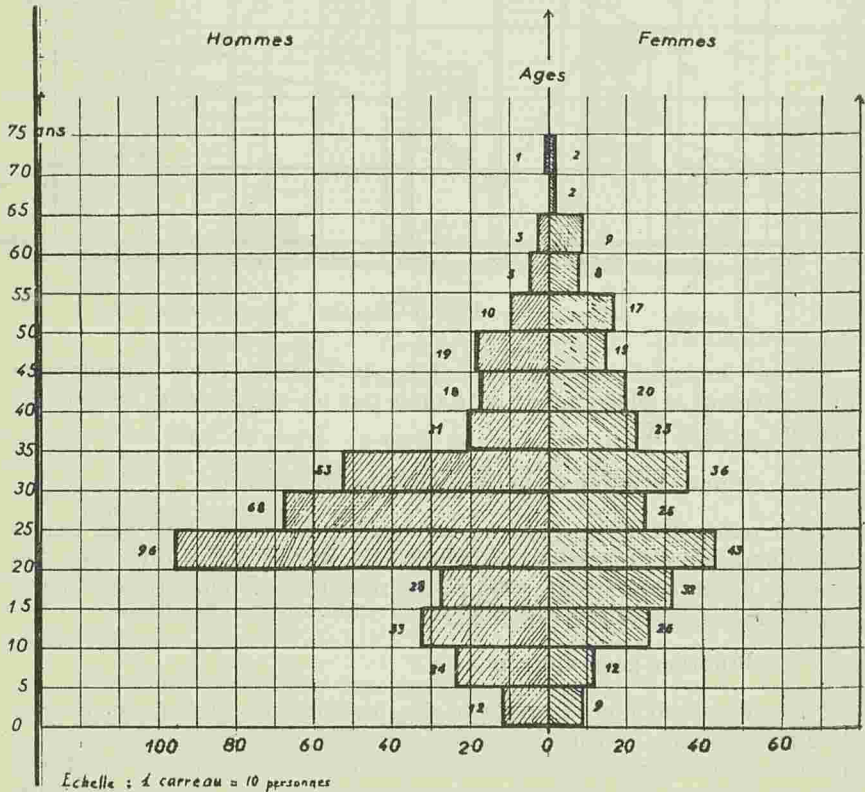


FIG. IX

1959

SITUATION FAMILIALE

Diagramme comparé : Hommes-Femmes

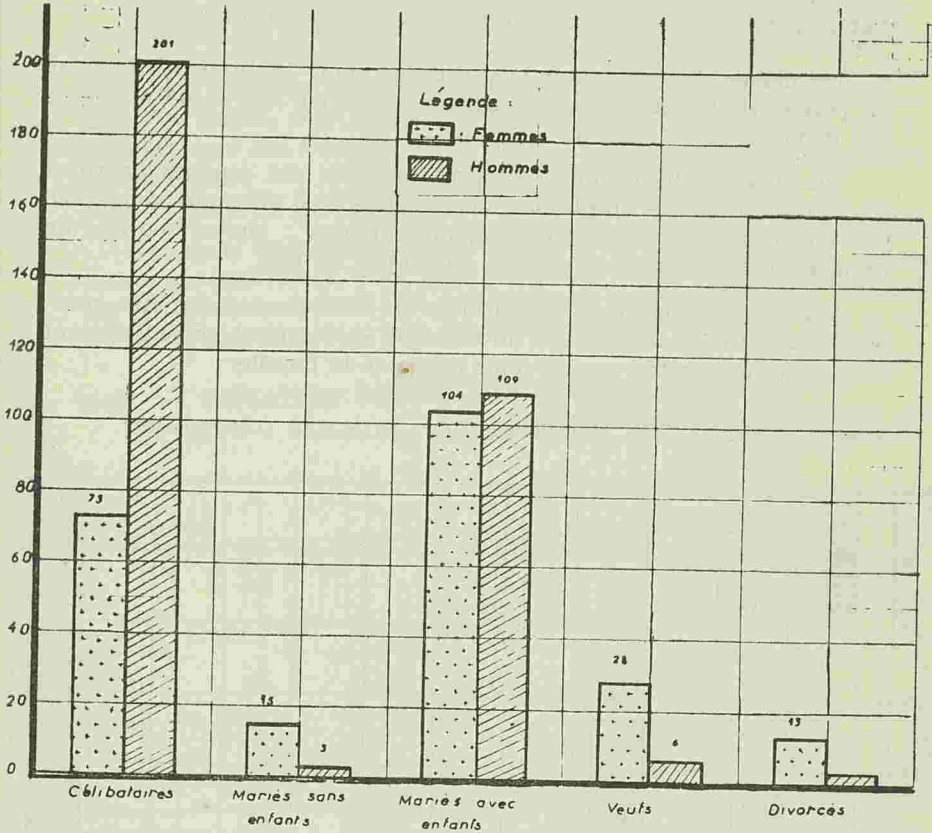


FIG. X

classiques. En moyenne, les malades ont eu 45 comas et 35 chocs humides.

Du point de vue pratique, l'insulino-thérapie en Hôpital de Jour pose des problèmes difficiles. C'est ainsi par exemple, qu'il faut se montrer très vigilant au début, car souvent les malades négligent de venir à jeun et se montrent par la suite réfractaires à des doses importantes d'insuline. (3)

(3) Il s'agit d'authentiques cures de Sakel. A titre indicatif, nous poussons jusqu'au cinquième degré de la nomenclature sud-américaine. Il n'est pas rare, chez de vieilles schizophrénies insulino-résistantes, que soit atteinte la dose de 400 à 500 unités d'insuline.

Quelquefois, alors que la dose d'insuline attribuée est déjà très élevée, il arrive au malade de venir un jour à jeun, et c'est évidemment un incident qu'il faut prévoir, d'où la vigilance particulière qui doit régner chez le personnel chargé de cette thérapeutique.

Le malade doit récupérer la conscience dans toute sa clarté pour lui permettre, l'heure venue, de quitter le Service seul et de rentrer à son domicile.

Un autre problème qui s'est posé est celui des reprises de coma en dehors du Service hospitalier. Nous devons dire que dans l'ensemble ces incidents furent rares et toujours mineurs : quatre reprises de coma en 1958 et une pendant les onze mois de 1959.

Les explications ayant chaque fois été données aux parents, presque jamais il n'est fait appel à un médecin. Le sucre est immédiatement administré au malade par les soins même de la famille.

1959 SITUATION ECONOMIQUE : HOMMES (Diagnostics)

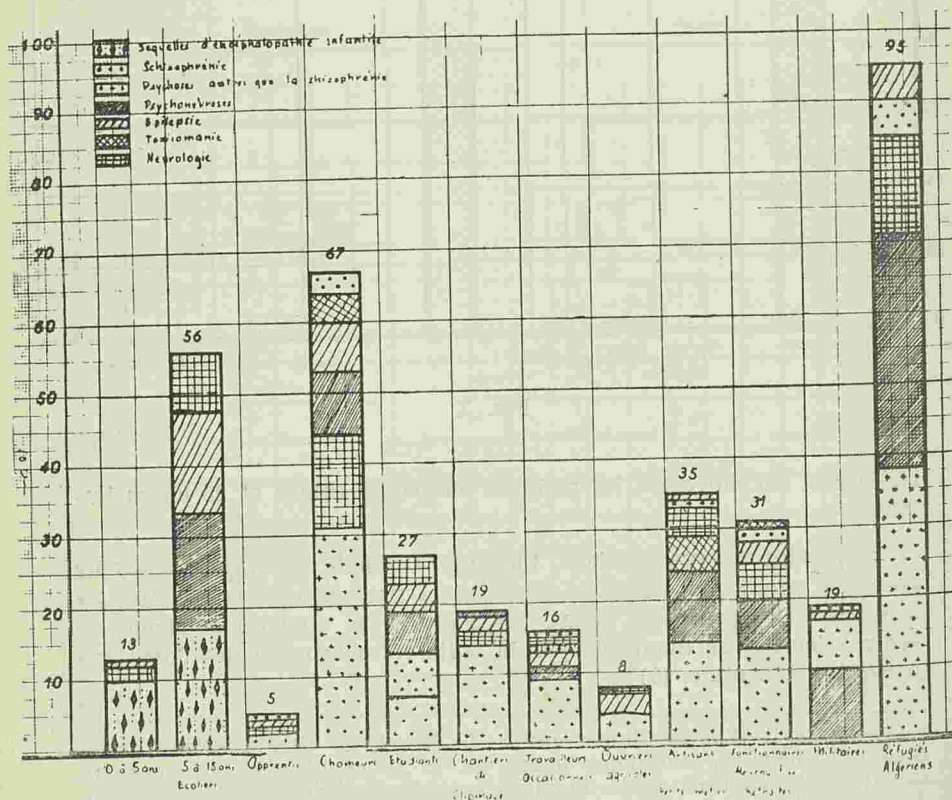


FIG. XI

En 1958, nous avons eu un incident assez grave : un œdème cérébral qui nous a amenés à garder le malade une nuit dans le Service.

Parmi nos craintes, il y avait le spectre du mois de Ramadan, au cours duquel les malades risquaient à la fois de veiller trop tardivement, donc de fatiguer le cortex, et d'accumuler de telles réserves de sucre, que le coma hypoglycémique deviendrait pratiquement irréalisable. En réalité, nous avons remarqué ceci : l'importance de la soirée est telle, que les facteurs émotionnels et l'affectivité investis par le malade dans ces veillées, compensent largement les inconvénients mineurs signalés plus haut.

Signalons également que les réveils agités, classiques dans les hôpitaux psychiatriques, avec forte décharge d'agressivité, n'ont jamais été constatés au Centre. En réalité, il ne nous semble pas utopique d'affirmer que le malade sait constamment qu'il doit partir à 17 h. 30.

1959 SITUATION ECONOMIQUE DES MALADES FEMMES
 Profession du mari (ou profession exercée par la malade)

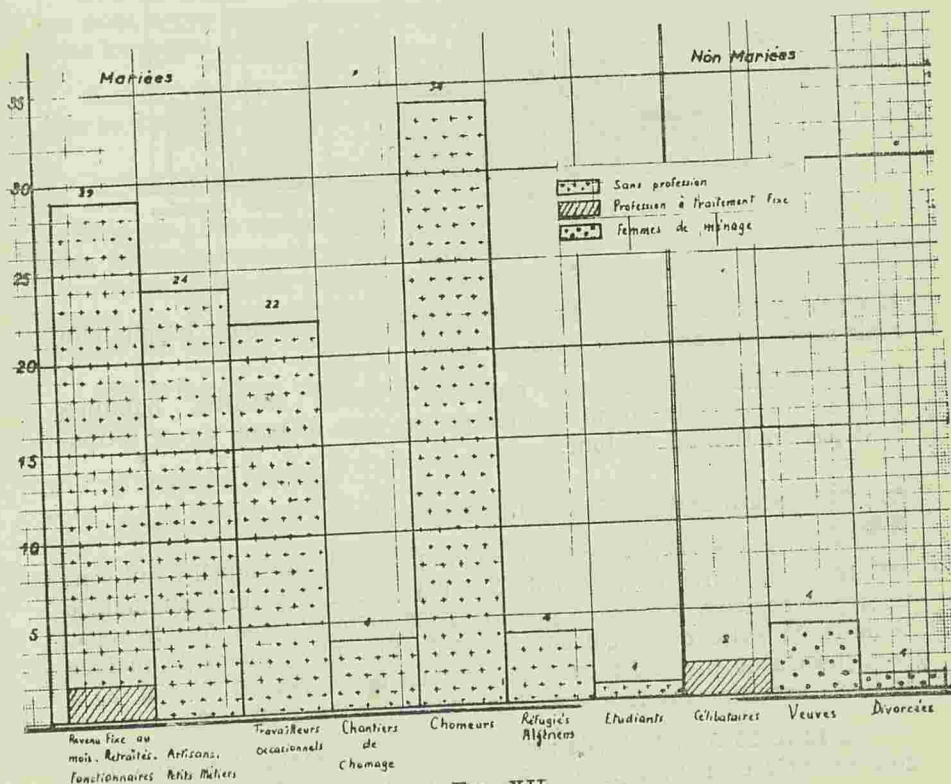


FIG. XII

1959 DIAGNOSTICS :

Femmes

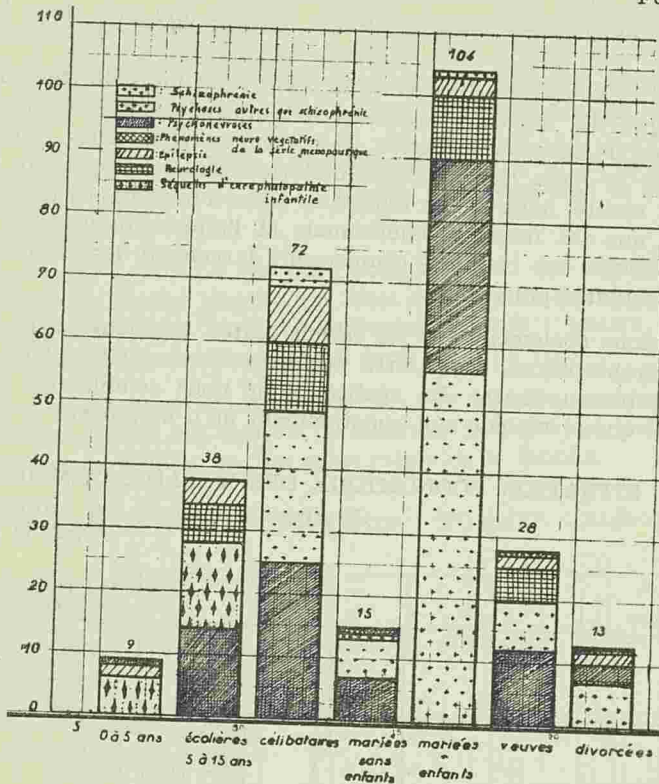


FIG. XIII

Il n'y a pas abandon de la personnalité à l'atmosphère hospitalière, mais souci constant de se tenir en main.

Les malades léthargiques, endormis, obtus, ralentis, habituels dans la pratique de l'insulino-thérapie en cure asilaire, ne se retrouvent pas en Hôpital de Jour.

B) CURES DE SOMMEIL ET DE DETENTE.

Dans chaque Service, existent cinq chambres individuelles qui sont affectées aux cures de sommeil. Dès l'arrivée il est servi au malade un repas copieux, totalisant plus de 1.200 calories. Une fois le repas terminé, la prise des médicaments s'effectue. En principe le malade dort jusqu'à 16 h. 30. La cure de sommeil donc, s'étend de 8 h. 30 à 16 h. 30 avec une interruption d'un quart d'heure à 12 h. 30.

De 16 h. 30 à 17 h. 30, le malade est pris en main et réveillé. Une dose variable de neuroleptiques lui est donnée pour la nuit.

Une ou deux fois par semaine, sitôt après le repas du matin et avant l'endormissement, un entretien psychothérapeutique se déroule avec le médecin. Les cures durent de deux à trois semaines.

Dans les cas moins graves, il est institué une cure de détente avec l'aide dominante des neuroleptiques. Là encore, le même principe est observée et la durée de la cure est sensiblement égale à celle de la cure de sommeil.

C) NEUROLOGIE.

L'Hôpital Ch. Nicolle ne possédant pas de Service de Neurologie, tous les malades atteints d'affections du système nerveux sont soignés au Centre Neuropsychiatrique de Jour : scléroses en plaques, P. G., tumeurs, etc. Nous avons pratiqué et nous pensons que c'est là une expérience extrêmement intéressante, plus de 70 encéphalographies gazeuses. Les malades ont tous quitté le Service l'après-midi et sont revenus le lendemain. Cette méthode d'investigation a été utilisée à la fois chez les hommes, chez les femmes et chez les enfants.

Si nous avons pratiqué des encéphalographies gazeuses, il est clair que nous avons pu pratiquer également un nombre important de ponctions lombaires sans incident.

Plusieurs cas de tumeurs cérébrales (13) ont ainsi été diagnostiqués au Centre.

D) SISMOTHERAPIE.

Sur les 1.000 malades qui ont été admis au Centre pendant les 17 mois, 72 ont été soignés par la sismothérapie. En général, nous utilisons l'électro-choc simple, uniquement pour débloquer le malade ou pour couper un circuit anxigène qui s'avère trop pénible. La moyenne globale des séances n'a jamais dépassé trois.

Peu d'incidents sont à signaler, entre autres, une luxation de l'épaule.

E) PSYCHOTHERAPIE.

Le principe directeur de nos interventions psychothérapeutiques est qu'il faut le moins possible s'attaquer à la conscience. D'où la rareté des narco-analyses ou des chocs amphétaminiques. Nous ne croyons pas à la valeur curative des dissolutions de la conscience. Le Service est orienté vers la prise de conscience, la verbalisation, l'explication, le renforcement du moi.

Les séances de dramatisation : une histoire est racontée, ou un malade expose ses difficultés et chaque malade du groupe étudié est invité à donner son avis. Très souvent il y a critique, qui, quelquefois

peut prendre l'aspect d'accusation forcenée en cas d'identification en miroir.

On peut évoquer ici le terme de sociodrame, avec la différence que nous nous efforçons d'éviter des situations fictives. C'est ainsi que la priorité est donnée aux biographies de malades exposées par les intéressés. Cet exposé au cours duquel le malade **montre, commente et prend en main** ses réponses aux conflits, provoque des prises de positions, des critiques, des réserves de la part des auditeurs. Corrélativement le malade tente de se justifier à travers ses conduites, ce qui réintroduit la priorité de la raison sur les attitudes fantasmatiques et imaginaires.

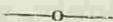
Nous utilisons également la méthode psychanalytique au Centre Neuropsychiatrique de Jour. Ses applications ne sont pas originales : hystérie d'angoisse, dépression névrotique, troubles de la sexualité (impuissance, vaginisme, homo-sexualité), etc...

Les malades ne payant pas le médecin, la névrose de transfert, est particulièrement atypique. Aussi intervenons-nous souvent pour activer le dynamisme contre-transférentiel.

La cadence est toujours la même : séance quotidienne sauf le dimanche. La durée de la séance est de quarante minutes.

Le Centre Neuropsychiatrique de Jour de Tunis, créé il y a 16 mois, est la seule institution de ce genre sur le continent africain. Pour une capacité hospitalière de 80 lits, plus de 1.000 malades ont été admis. Moins de 1 % des malades a été dirigé sur l'Hôpital Psychiatrique de La Manouba. Quoique la majorité des malades soient des pré-psychotiques, on a pu remarquer le nombre relativement élevé d'authentiques psychoses.

Aucun accident médical ou médico-légal n'a été déploré.



PERUBORE

COMPRIMÉS
POUR
INHALATIONS ET GARGARISMES

Borate de Soude, Baume du Pérou,
Essences balsamiques —
(sans Menthol)



POUR CORYZAS, SINUSITES, LARYNGITES,
TRACHEITES.

TRAITEMENT DE
L'ENROUEMENT
PAR LE
SIROP ET LES PASTILLES

EUPHON

TOUX
D'IRRITATIONS,
TOUX REBELLES, ENTRETIEN DE LA VOIX

Laboratoires MAYOLY-SPINDLER — 16, Av. des Châteaupieds — RUEIL-MALMAISON (S.-et-O.)

L'Hospitalisation de Jour en Psychiatrie

Valeur et limites

par F. FANON et C. GERONIMI



DEUXIÈME PARTIE : Considérations doctrinales

LE CENTRE NEUROPSYCHIATRIQUE DE JOUR DE TUNIS (C.N.P.J.)

Dans l'histoire de la Psychiatrie la doctrine de l'assistance aux malades mentaux, la conception de la maladie dans sa causalité et dans son dynamisme ont évolué en même temps que se précisaient nos connaissances sur la maladie mentale.

L'assistance a d'abord été conçue comme protection : protection de la société contre le malade, par l'internement; protection de l'aliéné contre lui-même par l'asile qui offrait au malade un cadre apaisant, fermé sur lui-même et où pouvait se dérouler une vie sans crises, sans drames, une existence de plus en plus calme, mais aussi de moins en moins socialisée.

Puis l'assistance s'est voulue thérapeutique et préventive : modernisation de la législation, introduction de méthodes biologiques, création de Services ouverts, multiplication des dispensaires.

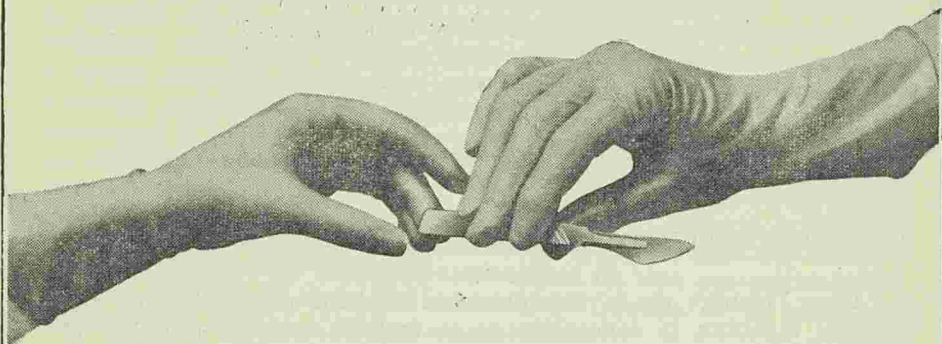
Il reste, qu'une modalité d'assistance et de thérapeutique de la maladie mentale, née depuis quelques années, nous a paru suffisamment encourageante pour susciter une expérience en Tunisie. Il s'agit de la formule Hôpital de Jour telle qu'elle fut inaugurée par l'école anglo-saxonne.

C'est au sein de l'Hôpital Ch. Nicolle, Hôpital général de polyclinique que le Centre Neuropsychiatrique de Jour de Tunis a été créé. Les malades s'y rendent le matin à partir de 7 heures, y reçoivent les soins et regagnent leur domicile à 18 heures.

Deux caractéristiques distinguent ainsi le Centre Neuropsychiatrique de Jour (C.N.P.J.) des autres établissements psychiatriques. D'une part son rattachement à un Hôpital général, sa formule d'hospitalisation diurne d'autre part.

Sur le plan doctrinal et compte tenu de l'orientation radicalement biologique et physico-chimique des études sur le système nerveux, nous pensons qu'il est fondamental que les Services de Psychiatrie soient rattachés à l'Hôpital général. Le psychiatre n'est plus isolé, il n'est plus le médecin aliéniste et relativement aliéné de la préhistoire psy-

En toute confiance ...

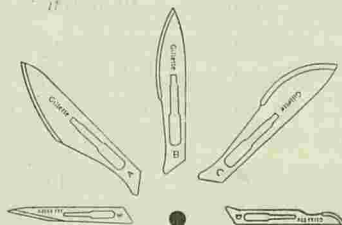


Tranchant parfait, qualité toujours égale :
utilisez en toute confiance les lames
chirurgicales Gillette.

Gillette a mis au service des lames
chirurgicales ses 60 années d'expérience
dans la fabrication des lames les plus
tranchantes et les plus sûres du monde.
Il existe une forme adaptée à chaque cas.
Encastées dans leur manche façonné avec
soin, elles sont absolument rigides.

Gillette

Lames chirurgicales et manches



En vente dans les magasins spécialisés

chiatrique. Le médecin psychiatre bénéficie dans l'exercice de sa spécialité de l'infrastructure matérielle de l'Hôpital général : Services de radiologie, laboratoires de biochimie, d'anatomo-pathologie...

Pareillement le psychiatre établit de fréquents contacts avec ses autres collègues internistes ou chirurgiens. Le psychiatre, parce qu'il ne s'enferme plus à l'asile avec « ses fous », cesse de revêtir aux yeux de ses confrères ce caractère fantasmatique, mystérieux et dans l'ensemble légèrement inquiétant.

Aux yeux de ses malades également, et ce point nous paraît important, il reste un médecin comme les autres. L'hospitalisation dans le Service de Neuropsychiatrie de l'Hôpital général perd la plus grande partie de son aspect dramatique. La réintroduction de la Psychiatrie dans la médecine corrige fortement les préjugés généralement enracinés dans l'opinion publique et transforme le fou en malade.

Toutefois l'aspect capital de l'Hôpital de Jour consiste dans la liberté entière qu'il laisse au malade, brisant de façon éclatante avec la coercition relative et quelquefois absolue que revêt l'internement. Il est vrai que cette liberté (possibilité de quitter l'Hôpital) est offerte au malade dans la formule du Service ouvert. Mais convenons qu'il s'agit le plus souvent d'une liberté formelle. Tous les médecins de Service ouvert ont eu la tentation (et y ont succombé) de s'opposer à la sortie d'un malade manifestement non guéri qui, supportant mal l'hospitalisation, réclamait sa liberté (1).

Il est manifeste, et notre expérience nous le confirme tous les jours, que la demi-hospitalisation pour un malade mental, avec la possibilité de retrouver le soir ses parents, ses amis, son monde de relations, est plus facilement acceptée que l'hospitalisation complète.

On voit que toutes ces conduites recouvrent le problème combien crucial de la conscience de la maladie en Psychiatrie.

L'internement signifie plus ou moins explicitement au malade qu'il doit désarmer, qu'il doit s'en remettre à nous, que la lutte devient inégale et qu'il lui faut, littéralement, tutelle et protection. L'hospitalisation de jour s'offre au contraire comme soutien passager, comme renforcement momentané de la personnalité, comme une visite prolongée au thérapeute.

Les rapports malade-thérapeute se normalisent. Il n'y a plus et il ne peut plus y avoir ce chantage que le corps médical et les infirmiers consciemment ou non, font peser sur le malade.

(1) L'un des auteurs a ouvert et dirigé pendant deux ans le seul Service ouvert de l'Algérie. La législation française appliquée en Algérie permet, en effet, sur décision médicale, la transformation d'un placement ouvert en placement fermé.

TOUTES LES FORMES
de l'*hypertension artérielle*

DÉCASERPYL

hypotenseur réserpinique
non dépressif

Boîte de 30 comprimés,
avec barre de cassure,
dosés à 5 mg de
10-méthoxy-
déséripidine
30 mg par jour
en moyenne

Sécurité Sociale : Remboursable



LES LABORATOIRES ROUSSEL

35, boulevard des Invalides, PARIS-VII^e

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

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

Le malade ne vit plus son éventuelle sortie comme le produit de la bienveillance du médecin. La dialectique à minima du maître et de l'esclave, du prisonnier et du geôlier que crée l'internement ou la menace d'internement est radicalement brisée. La rencontre médecin-malade, dans le cadre de l'Hôpital de Jour reste en permanence la rencontre de deux libertés. Ceci est nécessaire à toute thérapeutique. à plus forte raison en Psychiatrie.

La maladie mentale, dans une phénoménologie qui laisserait de côté les grosses altérations de la conscience, se présente comme une véritable pathologie de la liberté. La maladie situe le malade dans un monde où sa liberté, sa volonté, ses désirs sont constamment brisés par des obsessions, des inhibitions, des contre-ordres, des angoisses. L'hospitalisation classique limite considérablement le champ d'action du malade, lui interdit toute compensation, tout déplacement, le restreint au champ clos de l'Hôpital et le condamne à exercer sa liberté dans le monde irréel des phantasmes. Il n'est donc pas étonnant que le malade ne se sente libre que dans son opposition au médecin qui le retient. Tous les psychiatres savent que les malades les plus difficiles à soigner, c'est-à-dire à maintenir à l'Hôpital, sont les malades au début de leur maladie, ceux qui pensent s'en sortir par eux-mêmes, qui n'ont pas renoncé. Objectivement les malades qui admettent mal l'hospitalisation sont précisément les moins désorganisés, les névrotiques, les petits paranoïaques, les délirants mineurs. Par contre la formule de Jour est généralement rejetée par les malades ayant un moi inactif, complètement envahi par le délire, et qui exigent avec insistance une prise en charge totale.

Toujours sur le plan de l'expérience vécue par le malade, l'hospitalisation de jour présente des traits originaux. Dans un Service psychiatrique habituel l'action thérapeutique ne s'étend jamais au delà de dix-huit heures. Une fois les médicaments distribués, une fois terminées les séances de psychothérapie collective de l'après-midi, le malade est abandonné à lui-même. Ce sentiment d'abandon est particulièrement ressenti le soir après la contre-visite de l'assistant ou des internes et au moment où infirmiers et infirmières déjà en civil passent rapidement les consignes aux veilleurs de nuit. La vie extérieure s'infiltré à l'Hôpital dans les projets du personnel : cinéma le soir, veillées chez des amis, rendez-vous au café. La vie extérieure reprend une densité accrue aux yeux du malade qui reste confiné dans le silence et l'ennui des grandes salles. C'est là une expérience déjà pénible pour un malade immobilisé par une fracture, une typhoïde, une asystolie. Pour le malade mental, qui littéralement ne se sent immobilisé que par la coercition de l'établissement, il y a plusieurs fois par jour contestation, attitude de révolte contre l'hospitalisation.

C'est pour diminuer cette tension énorme et pour maintenir au malade un certain degré de sociabilité que fut tentée l'expérience de la Socialthérapie.

La création d'une néo-société à l'Hôpital psychiatrique, la transformation de l'Hôpital en société avec multiplicité de liens, de devoirs et possibilité pour les malades d'assumer des rôles et de remplir des fonctions constitue, à n'en pas douter, un tournant décisif dans notre compréhension de la folie. Nous avons utilisé cette méthode avec une particulière intensité à Blidah (2). Dans le cadre de la nouvelle société mise en place on assiste à la mutation de la vieille symptomatologie à l'état pur, désocialisée, envahie de plus en plus par la sphère motrice (stéréotypies, agitations subintrantes, catatonisation...) telle qu'on en voyait dans les asiles. Il y a au contraire, pour le malade, nécessité de verbaliser, d'expliquer, de s'expliquer, de prendre position. Il y a maintien d'un investissement dans un monde objectif ayant acquis une nouvelle densité. La Socialthérapie arrache le malade à ses phantasmes et l'oblige à affronter la réalité sur un nouveau registre.

Certes cet affrontement demeure pathologique puisqu'il se développe le plus souvent sur le plan de l'imaginaire ou du symbolique. Mais le médecin peut étudier, avec profit pour la dynamique du traitement, les mécanismes de projection, les identifications, les inhibitions instinctuelles... Le médecin peut assister et suivre le moi dans ses efforts pour maintenir son unité et sa cohérence déjà fortement régressées.

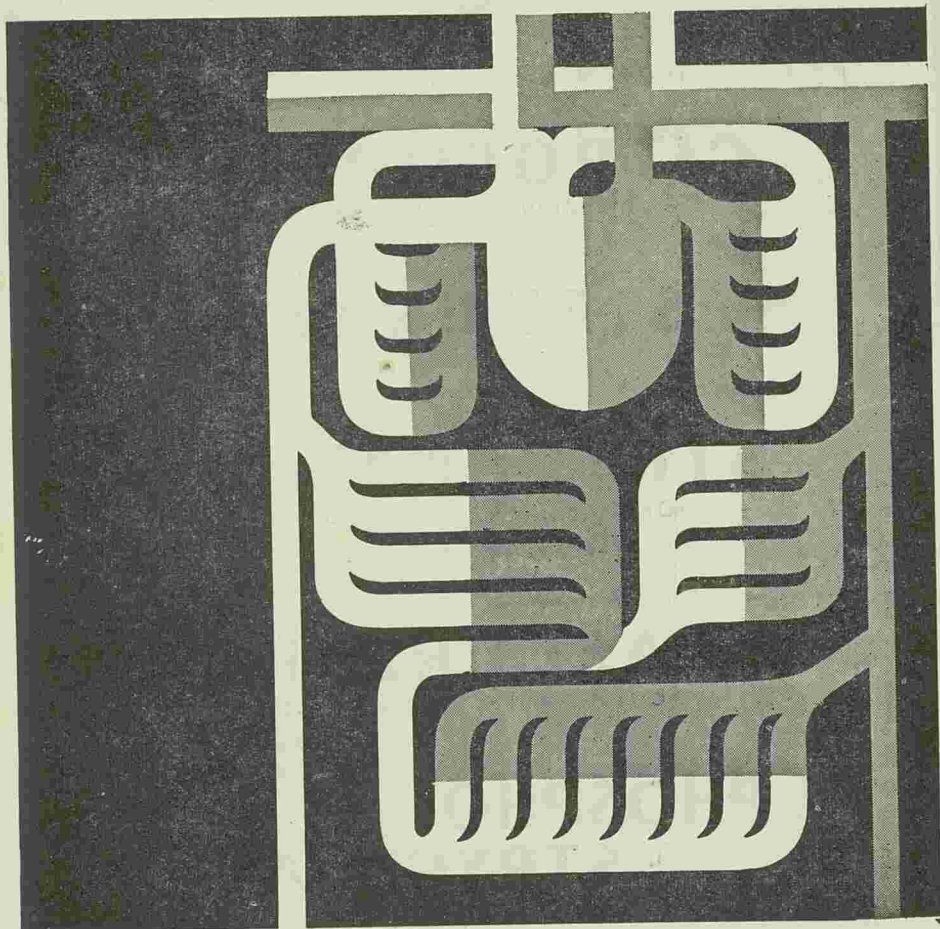
Il faut toutefois convenir qu'avec l'institutionnal-thérapie nous créons des institutions figées, des cadres stricts et rigides, des schèmes rapidement stéréotypés. Dans la néo-société il n'y a pas d'invention; il n'y a pas de dynamisme créateur, novateur. Il n'y a pas de véritable secousse, pas de crises. L'institution demeure ce « ciment cadavérique » dont parle MAUSS.

Certes l'institutionnal-thérapie est loin d'être inutile. Dans un grand ensemble psychiatrique comme Blidah (près de 1.800 malades) ou comme l'Hôpital Razi (Tunis) qui compte une population de 1.300 malades, la Socialthérapie lutte efficacement contre la progressive désagrégation de la personnalité. La Socialthérapie en milieu asilaire est indispensable, car elle a l'avantage de conserver aux malades leur aspect socialisé. Elle contribue de façon active à éviter la chronicisation, la pourriture d'asile et la déchéance du malade. Mais elle guérit rarement. Elle réactive les processus délirants et hallucinatoires, elle provoque de nouvelles dramatisations et permet au médecin de mieux comprendre ce qui a pu « se passer dehors ». Mais le caractère inerte de cette pseudo-société, sa stricte limitation spatiale, le nombre restreint des rouages et, pourquoi le cacher, l'expérience vécue de l'internement-emprisonnement, limitent considérablement la valeur curative et désaliénante de la Socialthérapie.

(2) Voir thèse AZOULAY, Alger, 1956 : « La Socialthérapie en milieu nord-africain ».

Geigy

Effortil[®]



Stimulant cardio-vasculaire

**harmonise le travail
du coeur et des vaisseaux**

**gouttes
ampoules
comprimés**

**Laboratoires Geigy
43, rue Vineuse
Paris 16^e**



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

CITROSODINE

DIGESTION · CIRCULATION

SIPHURYL

DIURÉTIQUE

STRYCHNAL-B¹

NORMAL

FORT

NÉVRITES · POLYNÉVRITES

VASCURÈNE

VIT. C et P + PHYTHÉRAPIE VEINEUSE

PHOSPHO -STRYCHNAL

TONIQUE RECONSTITUANT

LABORATOIRES
23, RUE BALLU

GRÉMY-LONGUET
PARIS IX^e

Aussi pensons-nous aujourd'hui que le véritable milieu social-thérapeutique est et demeure la société concrète elle-même.

LE MALADE ET SA MALADIE DANS L'HOPITAL DE JOUR

Sur le plan des rapports professionnels le malade hospitalisé au Centre de Jour est assimilable à un employé en congé. Pratiquement le malade rejoint son domicile aux heures habituelles de fermeture de l'atelier ou de l'usine. Il lui arrive même de rencontrer dans l'autobus ou dans le train suburbain ses camarades de chantier qui regagnent le foyer. Ces rencontres sont évidemment fructueuses, car l'appel du milieu professionnel, une fois le malade pris en main par l'institution psychiatrique, se révèle toujours plus fort que sa valence négative de la période préhospitalière. La vie du chantier, la proximité des camarades de travail qui étaient vécues comme dangers avant l'intervention du psychiatre perdent progressivement leurs caractères traumatisants et le milieu professionnel devient non plus l'arène où la liberté se trouve perpétuellement bafouée, mais le lieu d'exercice et d'approfondissement de la liberté : on comprend que l'école française avec Ey ait pu définir la Folie comme pathologie de la Liberté.

Le malade qui quitte le Centre de Jour reprend à la porte de l'Hôpital ses automatismes. C'est ainsi qu'il continue à être présent aux rendez-vous périodiques au café, à la mosquée ou à la cellule politique. Le malade après 18 heures est pris dans le jeu complexe des coordonnées socio-personnelles qui délimitent son insertion dans le monde. C'est ainsi qu'il prend place dans le jeu de cartes bi-hebdomadaire, ou joue son rôle au sein de la cellule politique.

La mère de famille également reste en rapport constant avec les lieux de son action. Sur le chemin du retour elle voit tour à tour l'épicier, le boucher, le vendeur de journaux. Elle continue à occuper sa place. Son foyer ne s'offre pas comme bouleversé fondamentalement, mais provisoirement secoué.

Le dimanche, les réunions de famille sont maintenues et les sorties à la campagne chez les grands-parents se poursuivent. Le cinéma, le théâtre, les manifestations sportives continuent à informer la personnalité en y suscitant réactions affectives, options, relations dynamiques.

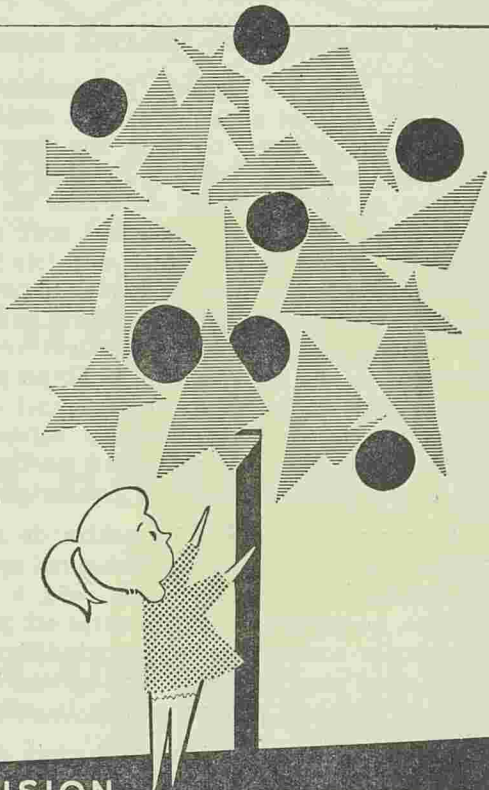
On voit donc qu'il n'existe pas de coupure. Le thérapeute n'a jamais en face de lui un exclu, un isolé. Le psychiatre se trouve au contraire confronté à une personnalité dont les relations avec le monde demeurent vivaces et actives. Le malade continue à être imprégné par la société, la famille, le milieu professionnel. Il n'y a pas un malade aux antennes coupées. On sait que dans beaucoup de formations psychiatriques le malade est légalement privé de visites pendant quinze jours, confiné dans un pavillon, et n'a à présenter que ses symptômes au psychiatre.



STABLE
 PRÊTE A L'EMPLOI
 GOUT DÉLICIEUX DE
 FRAMBOISE ET D'ABRICOT



Toutes les indications
 du Chloramphénicol en Patiridée



LAMARCA LYON - 28

SUSPENSION AU PALMITATE DE
CHLORAMPHÉNICOL
 A 3,65% SARBACH

*
 REMBOURSÉE A 90 %
 PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
 AGRÉÉE PAR L'A.M.G.
 LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITÉS

P.C. 14

ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
 TUNISIE : PROPHARMA — 4, Pas. d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
 MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

A l'Hôpital de Jour, le psychiatre a devant lui une maladie vécue par un malade, une personnalité en crise au sein d'un environnement toujours actuel. C'est là une étude concrète, dynamique, in vivo de la maladie. Alors l'ambivalence n'est pas seulement un trouble de l'affectivité in abstracto, isolée comme symptôme dans un délire ou au cours d'un entretien. C'est une ambivalence manifeste, perceptible qui dilacère quotidiennement l'unité synthétique de l'homme et du milieu.

La symptomatologie s'offre dialectiquement et c'est dialectiquement que le psychiatre pense et agit. La sémiologie descriptive si capitale dans la période asilaire passe au second plan, au bénéfice d'une approche existentielle et non plus nosologique. Nous voyons le malade vivre sa maladie, développer des formations réactionnelles, des inhibitions, des identifications dans son cadre naturel et c'est à partir de ces conduites du moi que nous pouvons comprendre dynamiquement la structure en cause, l'indigence du moi, les assauts auxquels il doit faire face; bref, c'est à partir de cette existence pathologique que nous décidons du lieu et du type de notre action. Mais ce que nous décidons inclut dialectiquement tous les éléments de la situation. Il n'y a pas approche pointilliste des différents symptômes, mais attaque globale d'une forme d'existence, d'une structure, d'une personnalité engagée dans des conflits toujours actuels.

A l'Hôpital psychiatrique nous pouvons autoriser le malade à garder ses vêtements personnels, sa cravate, sa ceinture; nous pouvons dans quelques cas lui laisser son rasoir mécanique, de l'argent, son alliance...

A l'Hôpital de Jour le problème s'inverse. L'institution en fait, n'a aucune prise sur la liberté du malade, sur son apparaître immédiat. Par la simple confrontation du malade et de l'institution il n'y a pas remise en question des formes d'être. Il y a par contre remise en question progressive des formes d'existence, des contenus existentiels. Le malade hospitalisé au C.N.P.J. se rase tous les matins dans sa cuisine ou dans sa salle de bains avec son rasoir, choisit sa cravate, côtoie un précipice, traverse des rues, longe le lac... La femme hospitalisée au C.N.P.J., chaque matin dans son gourbi et au milieu des siens, se lave, se brosse les cheveux, se maquille... Le fait pour le malade de se tenir en mains à travers l'habillement, la coupe de cheveux, et surtout le secret de toute une partie de la journée passée en dehors du milieu hospitalier renforce et en tout cas maintient sa personnalité à l'opposé de l'intégration dissolvante dans un Hôpital psychiatrique qui ouvre la voie aux fantasmes de morcellement corporel ou d'effritement du moi.

M. KLEIN et S. FERENCZI, entre autres, nous ont suffisamment signalé l'importance de cette culture de son propre corps comme mécanisme d'évitement de l'angoisse. L'internement brise le narcissisme du malade, le crucifie dans ses tentatives hédoniques et l'engage de ma-

Liveroil

SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

A B₁ B₂ B₆ D₂

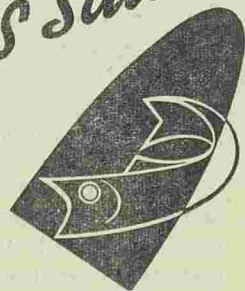
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LABES CHAMBON - PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON - PARIS

APPETIT

rend le bonneur →

*à tout âge de la vie
en toutes saisons*



TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS

nière traumatisante dans la voie de la régression, du danger et de l'angoisse.

Dans une autre perspective l'hospitalisation de jour nous permet d'analyser l'attitude particulière du groupe familial à l'égard du malade et de la maladie mentale.

Avec l'Hôpital psychiatrique la tendance était forte pour la famille de se désengager (3), d'exclure le malade. Et certes le rejet familial vise davantage la pathologie, la maladie; mais le malade ne vit-il pas cette conclusion comme une authentique condamnation de son essence, de sa vérité ? En rejetant la pathologie, en se démarquant d'avec la maladie, la famille déclare ne pas reconnaître cette excoisance. La famille décide de méconnaître un de ses membres et l'interne. L'unité familiale se trouve ainsi brisée. Or, la question que soutient la maladie, n'est-ce pas celle du fondement de l'être en tant que sujet ? Le qui suis-je en définitive ? N'est-ce pas l'interrogation lancinante que nous réédite le malade mental à des niveaux multiples et selon des registres différents ? Et si la famille dans sa réponse décisive signifie au malade qu'elle ne l'identifie plus, qu'elle ne le reconnaît plus, qu'elle participe à une essence fondamentalement différente de la sienne, quelles possibles désintégrations et quels innombrables ponts offerts alors aux fantasmés et aux régressions !

L'hospitalisation de jour permet à la famille de prolonger la bataille de l'unité. Elle offre à la famille les moyens d'éviter l'amputation. Elle permet au malade de rester dans le corps familial, d'y occuper sa place et d'être encore porteur de significations, pôle d'activités, élément dynamique au sein de l'unité familiale. L'hospitalisation de jour permet au thérapeute d'expérimenter concrètement la famille en tant que **valeur normative**. Et le thérapeute, chaque jour, s'appuie réellement sur la famille, lieu de toutes les médiations.

On comprend que soient évités les phénomènes « vertigineux de la sortie », les rechutes spectaculaires, les difficultés de réadaptation puisqu'aussi bien le malade n'a pas rompu avec son milieu et que la thérapeutique s'est précisément développée en tenant compte de la réalité multi-relationnelle de l'individu malade.

PRESENCE DU CONFLIT.

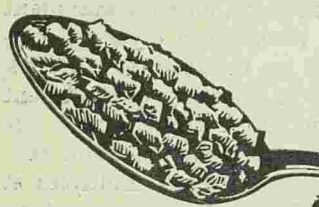
La formule Hôpital de Jour suppose et explicite une théorie générale de la dynamique de la maladie mentale. Si le symptôme psychiatrique témoigne de la submersion du moi par des forces instinctuelles, anormalement véhémentes, si la maladie est la manifestation d'une existence conflictuelle sans espoir, la tendance est forte de soustraire le malade des conditions d'éclosion et d'activité du conflit. Le carac-

(3) Ce qui prouve, sur le plan phénoménologique, que si le malade fuit la Société, cette dernière à partir d'un certain stade d'évolution n'essaie plus de le retenir.

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

AUTRE FORME : **DRAGEES**

Ed. PUBLIREX

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

tère pathogène du conflit est privilégié. On assiste dans l'internement à une authentique **chosification** du conflit. Donc du malade. En dressant entre le malade et les conditions extérieures le mur de l'asile on nie magiquement l'une des données les plus essentielles dans la genèse d'une personnalité qui postule que le conflit est le malade. On ne peut scotomiser pendant longtemps le fait que la situation conflictuelle est la conclusion de la dialectique ininterrompue du sujet et du monde. On insiste systématiquement sur l'événement et on minimise l'histoire. Il ne s'agit évidemment pas de la biographie, de l'anamnèse, mais de l'histoire du sujet en tant qu'elle contient sur le plan des intégrations successives le conflit et les éléments de son dépassement.

Un cerveau malade ne peut pas devenir sain en niant la réalité. L'internement diminue la violence du conflit, la nocivité de la réalité. Mais c'est au cœur du dialogue syncopé établi entre la personnalité globale et son environnement que doit s'opérer la guérison, la mise en question ordonnée des structures pathologiques établies. L'action sur le réel, et le malade est un des éléments du réel, est unifiante. Elle ne peut se développer valablement en ordre dispersé. Le malade hospitalisé dans une formation psychiatrique voit disparaître les symptômes, assiste à leur atténuation, mais ces symptômes demeurent étrangers, incompris, scandaleux. Ils ne sont pas appropriés et thématiques. Nous restons indéfiniment sur le plan magique.

Mais dira-t-on, ne s'agit-il pas ici d'une description de la thérapeutique psychiatrique en clientèle privée ? L'Hôpital de Jour, en Neuropsychiatrie, est-ce simplement une modalité des thérapeutiques externes ? Nous répondons fermement par la négative. En réalité, le malade de l'Hôpital de Jour, garde un contact limité avec les conditions conflictuelles. Le thérapeute contrôle l'action du conflit, interpose entre les messages sociaux pathogènes ou les substrats fantasmatiques le tampon de l'hospitalisation diurne. **La durée d'action du conflit est diminuée** et le moi se renforce en vue d'affrontements imminents et quotidiens. Les malades hospitalisés ont été presque toujours soignés auparavant, soit en clientèle, soit dans les différents dispensaires de Neuropsychiatrie. Avec l'hospitalisation de jour, le noyau névrotique peut être attaqué sur le plan existentiel et la personnalité dans le même temps effectue ses restructurations, ses remises à jour.

LE CENTRE DE TUNIS.

Notre expérience tunisoise a confirmé ces données théoriques et nous a permis de préciser les limites très larges dans lesquelles l'Hôpital de Jour peut avoir une efficacité réelle.

Le Centre de Tunis est créé depuis bientôt deux ans. Plus de 1.200 malades y ont été hospitalisés au cours de cette période. Le Service est réparti en deux sections : 40 hommes et 40 femmes. Nous admettons toutes les catégories nosologiques, depuis le bégaiement jus-



- Prurits
- Erythèmes
- Hémorroïdes

Gel

de

TRONOTHANE

Marque Déposée



l'anesthésique de contact

- ▶ sans "caine"
- ▶ non sensibilisant
- ▶ hydrosoluble

■ Tubes de 30 g
à 1 p. 100

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES LABORATOIRES **Abbott**

44, Rue Beaumarchais - MONTREUIL-sous-BOIS (Seine) - Téléphone : AVRon 47-77

TUNISIE : M. J. BERREBI, D^r en Pharmacie, 81, Av. de Londres — TUNIS

qu'à l'érotomanie délirante, en passant par les schizophrénies et les tentatives de suicide.

L'absence de Service de Neurologie à l'Hôpital Charles Nicolle nous a placés dans l'obligation d'admettre selon le même principe des malades de Neurologie : scléroses en plaques au début, comitialités d'apparition brutale dont l'étiologie demandait à être précisée, parkinsoniens aggravés ou mal contrôlés se sont ainsi succédés au C.N.P.J. Chaque fois qu'un processus tumoral a été suspecté, il fut pratiqué une encéphalographie gazeuse. Près de 70 malades, soit pour tumeur probable, soit dans une perspective de pneumo-choc furent insufflés. Vingt tumeurs ont ainsi été diagnostiquées et une anxiété pantophobique et un délire secondaire à une démence ont spectaculairement régressé. Aucun incident n'est à signaler et les malades qui le matin avaient reçu de 100 à 150 cc d'air sont sortis tranquillement à 17 heures.

Les schizophrénies admises, à majorité paranoïde, ont été soignées par la cure de Sakel classique. Il ne s'agit pas de choc humide, mais de véritables comas qui dans certains cas atteignent le 5^e degré de l'école sud-américaine. La cure débute à 7 h. 30 et le malade est réveillé à 12 heures, selon la technique habituelle. Il reste sous surveillance médicale l'après-midi, participe aux activités collectives et aux séances de psychothérapie.

Le soir il rejoint son foyer. La famille reçoit toutes les consignes nécessaires en cas de reprise de coma et à toutes fins utiles un numéro de téléphone lui est communiqué en cas d'événements graves. (4)

Quoique plus de 100 malades aient été soignés par l'insulinothérapie, un seul schizophrène, insulino-résistant, a présenté deux reprises de coma nocturnes, sans complications.

Les différentes thérapeutiques psychiatriques sont généralement appliquées au C.N.P.J. Nous insistons particulièrement sur les psychothérapies de groupe ou individuelles. C'est ainsi que nous avons constitué des groupes de 6 à 8 malades qui se réunissent l'après-midi. Chaque malade expose à son tour ses difficultés et chaque membre du groupe est amené à donner son avis sur les attitudes adoptées par le malade face à ces difficultés. Ainsi sont étudiés pour chaque patient, et à partir de situations toujours concrètes et vécues, les différents mécanismes de projection, d'identification, etc...

(4) On explique à la famille la raison de la décision thérapeutique, le mécanisme d'action du traitement, le rôle qui lui revient. Cette explication nous paraît jouer un rôle important en ce qu'elle introduit la constellation familiale dans la dynamique de la guérison. Pareillement une fiche est confiée au malade pendant toute la durée du traitement qui signale que des doses d'insuline lui sont quotidiennement administrées. Cette fiche rappelle les fiches des diabétiques.

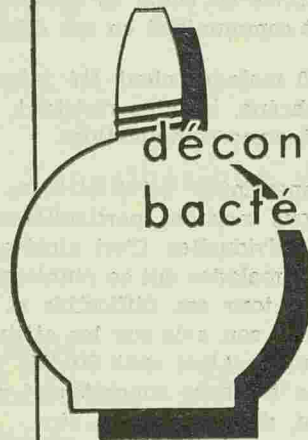
sans toxicité

sans action excitante
sur le système nerveux central

non inscrit au tableau C

BUTOXANE

au benzododécinium



décongestif
bactériostatique
nasal

SINUSITES - CORYZAS - RHINOPHARYNGITES

CHANTEREAU

P. Cl. I.S.S.

A côté de ces psychothérapies de groupe, des psychothérapies individuelles sont quotidiennement pratiquées, depuis la banale psychothérapie dite de soutien jusqu'à la cure psychanalytique, en passant par les psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Dans la cure psychanalytique nous pratiquons l'apaisement, nous favorisons la reconstruction du fantasme et, en règle générale, nous adoptons une attitude active au sens de Ferenczi.

Si l'Hôpital de Jour est un instrument thérapeutique remarquable, il est cependant des cas où cette formule se révèle insuffisante ou inapplicable. Ce sont les cas où la participation organique à la maladie mentale est massive, dominante, les cas où se posent des problèmes thérapeutiques graves. Il s'agit surtout alors de psychoses aiguës, maniâques ou confusionnelles, qui nécessitent une véritable thérapeutique d'urgence et une surveillance médicale constante (5). D'ailleurs, grâce aux progrès de la chimiothérapie, le temps d'hospitalisation complet peut être considérablement raccourci et très tôt le malade peut être pris en charge par l'Hôpital de Jour.

C'est le cas aussi des bouffées aiguës marquant le début des psychoses graves, comme par exemple, la schizophrénie; le délirium tremens avec sa perturbation biologique échappe lui aussi à l'Hôpital de Jour; de même que les démences organiques. Enfin, ne peuvent être justiciables de l'Hôpital de Jour, les malades dont le délire actif entraîne des réactions agressives dangereuses et bien entendu les malades faisant l'objet de mesures de police, les médico-légaux.

Ainsi tout un secteur de la Psychiatrie échappe à l'Hôpital de Jour, secteur non négligeable qui fournit habituellement un contingent important de la clientèle hospitalière psychiatrique.

Si nous mettons de côté le problème des démences qui malgré tous les efforts ne relèvent actuellement encore que d'une assistance de type asilaire, on peut remarquer que tous les autres cas, a priori exclus de l'Hôpital de Jour, peuvent très bien, après disparition des phénomènes aigus, relever de l'hospitalisation diurne. Par ailleurs, il est un problème que pose la formule de l'Hôpital de Jour : c'est celui des malades habitant trop loin du centre hospitalier et qui ne peuvent faire tous les jours le trajet aller et retour. De même faut-il signaler la misère économique ou physiologique qui interdit ce type d'hospitalisation par les déplacements qu'il entraîne.

Si l'on veut donc multiplier au sein des Hôpitaux généraux des Services de Psychiatrie ou de Neuropsychiatrie — et c'est le but vers lequel doit tendre tout plan de lutte contre la maladie mentale —, il convient de trouver une solution qui palie aux inconvénients de l'Hôpital de Jour tout en conservant cette formule pour nous idéale. Bien

(5) Plusieurs psychoses confusionnelles colibacillaires ou du post-partum ont cependant été soignées au C.N.P.J.

des accommodements sont possibles en tenant compte des réalisations déjà existantes : par exemple, on peut transformer les Hôpitaux psychiatriques départementaux en Services de Psychiatrie, qui accueilleraient pour un temps limité les cas psychiatriques aigus. On peut aussi imaginer une formule mixte, une certaine proportion de lits du Service de Psychiatrie étant réservée à l'hospitalisation de jour, l'autre à l'hospitalisation à temps complet. Dans ce cas, et pour éviter la transformation de l'Hôpital de Jour en un banal Service ouvert, il conviendrait de prévoir une législation stricte, limitant par exemple l'hospitalisation complète aux malades géographiquement éloignés et restreignant la durée d'hospitalisation des malades aigus. Ce ne sont là que des exemples et on peut aisément en imaginer d'autres. Ce qu'il faut, en tout cas, c'est éviter à tout prix la création de ces monstres que sont les Hôpitaux psychiatriques classiques.

CONCLUSION

Notre expérience tunisienne qui se poursuit maintenant depuis plus de 20 mois, a permis de vérifier le bien-fondé des données théoriques sur l'hospitalisation de jour en Psychiatrie. Tant sur le plan thérapeutique que sur le plan prophylactique le C.N.P.J. de l'Hôpital Ch. Nicolle a fait la preuve de son efficacité : le nombre élevé des malades traités (plus de 1.200) et la durée moyenne de séjour raccourcie à 25 jours sont suffisamment éloquents et se passent de commentaires.

D'autre part, notre expérience prouve que cette technique, née dans des pays à développement économique élevé a pu être transplantée dans un pays dit sous-développé sans rien perdre de sa valeur. L'hospitalisation de jour est de loin la forme d'assistance psychiatrique la plus adéquate à la maladie mentale, celle qui s'adapte le mieux aux découvertes modernes sur l'étiologie des troubles mentaux. La multiplication de petits Services de Psychiatrie rattachés aux Hôpitaux généraux et dans lesquels la part la plus importante doit être réservée à l'hospitalisation de jour, nous semble être la base de tout plan d'équipement psychiatrique d'un pays. Quelques rares Hôpitaux psychiatriques autonomes peuvent être créés à la condition d'être réservés à une certaine catégorie de malades mentaux ne pouvant absolument pas être traités dans le Service de Psychiatrie, type Service ouvert ou Hôpital de Jour. De toutes façons ces Hôpitaux doivent être en nombre limité et de capacité réduite; il semble actuellement absurde de créer des formations psychiatriques de plus de 200 lits.

Enfin, une législation très stricte doit être établie, garantissant au maximum la liberté du malade en retirant tout aspect carcéral et coercitif à l'internement.

*Pas de résistance croisée
avec les autres antibiotiques*

cathomycine

novobiocine

INDICATIONS MAJEURES

- **Staphylococcies** graves ou banales, généralisées ou localisées.
- **Infections à pneumocoques, streptocoques, b. de Pfeiffer**
- **Brucellose**
- **Coqueluche**
- **Infections à proteus**

PRÉSENTATION

- **pour les adultes et les grands enfants:**
comprimés dosés à 250 mg de Novobiocine (sous forme de sel sodique). Boîte de 12 comprimés.
- **pour les nourrissons, les enfants du premier âge et la seconde enfance.**
sirop dosé à 125 mg de Novobiocine (sous forme de sel calcique) par cuillerée à café.
Flacon de 120 cm³.

*posologie moyenne: 50 à 25 mg/kilo par jour
suivant l'âge,
soit:*

pour le sirop:

- 1 cuillerée à café chez le nouveau-né
- 2 cuillerées à café à six mois
- 3 cuillerées à café à un an
- 4 cuillerées à café de deux à trois ans
- 4 à 6 cuillerées à café de quatre à sept ans
- 6 à 8 cuillerées à café de huit à dix ans

pour les comprimés:

- 4 à 6 chez les grands enfants
- 6 à 8 chez les adultes



98, RUE DE SÈVRES - PARIS VII^e - TÉL. SÉG. 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

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

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

FICARMONE

INJECTABLE
5-10 ET 25 AMPOULES

FICARMONE
"crudum"

BUVABLE
6 AMPOULES DE 5 ET 10 CM³
COFFRET DE 18 AMPOULES

LABORATOIRE DE



L'ENDOPANCRINE

48 RUE DE LA PROCESSION PARIS

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

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX D'ALGER



SEANCE DU 5 DECEMBRE 1959



« Deux cas de Gargoilisme ou maladie de Hurler », par MM. HUGUENIN, J. SÉROR, A. ALBOU, P. SUDRE et A. LANFRANQUÉ.

Les auteurs présentent un garçon de 8 ans, une fille de 18 ans, musulmans, atteints de maladie de Hurler typique; chez le premier, inclusions intraplasmocytaires médullaires (cellules de Buhot) et surcharge des hépatocytes et cellules de Kuppfer à la P.B.F.

« Pneumothorax spontané au cours d'une lymphogranulomatose maligne à localisation bronchique », par MM. HOUEL, Mme J. MUSSINI-MONTEPELLIER, F. PINET et Ph. MORAND.

Les auteurs rapportent le cas d'une lymphogranulomatose maligne à localisations thoraciques multiples, ganglionnaire, pulmonaire bronchique et pleurale dont deux manifestations originales : pneumothorax et granulome bronchique, chez un sujet de 19 ans.

« Enquête épidémiologique de la toxi-infection alimentaire d'Edjelé », par MM. SUDAKA, A. CARRIE et A. HUGUENIN.

Les auteurs relatent une intoxication alimentaire collective par staphylocoque entérotoxique; l'enquête épidémiologique sur place dans un camp de recherches pétrolières au Sahara, à Alger, sur les malades évacués, à l'Institut Pasteur de Paris par Lysoypage établit la responsabilité d'un cuisinier, porteur de staphylococcie cutanée, au cours de la préparation par dilution de lait concentré des repas de la collectivité.

« Intérêt des méthodes de réanimation respiratoire dans le traitement des formes graves de l'intoxication par le Parathion », par MM. J. THIODET, J. MASSONAT, M. MILHAUD, P. COLONNA et E. TOUATI.

Les auteurs soulignent la fréquence de l'intoxication au Parathion dans les régions agricoles : le produit insecticide introduit par voie respiratoire et surtout cutanée, inhibiteur de la cholinestérase provoque des troubles d'hyperparasymphaticotonie. La réanimation respiratoire (désobstruction trachéo-bronchique après intubation ou trachéotomie, respiration artificielle) transforme le pronostic des formes graves avec coma profond et œdème aigu pulmonaire.



SEANCE DU 19 DECEMBRE 1959



« Cortico-surrénalome malin chez une femme de 37 ans. Excrèse et récidive », par MM. Cl. BOULARD, J. SALASC, J. Cl. SCOTTO et Cl. MALMEJAC ».

Les auteurs rapportent l'observation d'un cortico-surrénalome malin traduit chez une femme de 37 ans par un syndrome double, métabolique et virilisant, par les signes radiologiques classiques de tu-

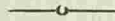
meur surrénale droite, par une perturbation du chromatogramme des stéroïdes urinaires d'origine surrénale (élévation des fractions androgéniques et métaboliques d'origine surrénale, abaissement relatif des fractions gonadiques). Récidive six mois après l'exérèse en bloc de la tumeur. Une cavographie rend vraisemblable une métastase ganglionnaire juxta-aortique avec compression de la veine cave inférieure.

« *Un nouveau cas de sclérose pubéreuse de Bourneville* », par MM. L. SENDRA, M. SAINT-JEAN et P. AKOUN.

« *A propos d'une tuberculose gastrique à évolution aiguë* », par MM. A. LACROIX, J. SÉROR.

Tachycardie ventriculaire prolongée après infarctus du myocarde, par MM. R. RAYNAUD et P. BERNASCONI.

Remarques sur le syndrome humoral du R.A.A., par M. RAYNAUD et Mlle M. BROCHIER.



PULMO SERUM

TONIQUE RESPIRATOIRE

BAILLY

Gaïacol
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^e

Agents pour la TUNISIE
M.M. VALENZA & C^{IE}

36, Rue Thiers — TUNIS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



SEANCE DU 18 DECEMBRE 1959



A PROPOS D'UN CAS DE SILICOSE TARDIVE

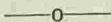
par M. le Docteur Claude BARUCH

R E S U M E

L'auteur a présenté un cas de silicose tardive survenue chez un ouvrier travaillant dans une fonderie. Chez cet homme âgé de près de soixante ans actuellement, vieil insuffisant respiratoire, ce n'est qu'après une exposition au risque de près de trente ans que ses troubles fonctionnels se sont aggravés, coïncidant avec l'apparition de micronodules apicaux à la radiographie pulmonaire.

Ces lésions ont donné lieu à une déclaration de maladie professionnelle en 1953, mais, la Sécurité Sociale, après avoir reconnu la silicose dans une première expertise, l'a réfutée dans une deuxième, quelques mois plus tard.

Le diagnostic se pose avec celui de tuberculose dont on n'a jamais pu faire la preuve bactériologique, et avec celui de sclérose pulmonaire pure sans silicose. Cependant, les antécédents professionnels, l'aggravation des signes fonctionnels traduisant un cœur pulmonaire chronique, contrastent avec la non évolutivité des lésions radiologiques depuis 1953, a fait porter en définitive le diagnostic de silicose discrète associée à une sclérose pulmonaire importante.

LA PYELONEPHRITE ASCENDANTE PAR REFLUX
ET SON ETUDE RADIOCINEMATOGRAPHIQUE

par M. Noix



R E S U M E

Le reflux cysto-urétéro-pyélique peut être responsable de la pyélonéphrite chronique ascendante par suite de la stase existant au niveau des cavités rénales, associée à la présence d'éléments pathogènes. La voie de pénétration dans le parenchyme rénal peut être tubulaire ou interstitielle par suppression pyélique.

La radiocinématographie permet l'étude de ce reflux qui peut se produire au cours du remplissage ou au cours des poussées abdomino-périnéales pré-mictionnelles. Mais il est souvent latent et peut ne se manifester qu'au cours de la miction.

Les urètres et les cavités rénales dilatées restent en réplétion jusqu'à l'évacuation complète de la vessie; ils déversent ensuite leur contenu dans la vessie vide, ce qui entraîne une nouvelle et abondante miction.

Ces mictions successives peuvent être la première manifestation du reflux congénital, la pyélonéphrite ascendante étant souvent méconnue au début, malgré sa fréquence qui représente le tiers des néphrites chroniques.

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIMUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AFRIQUE NOIRE DE LANGUE FRANÇAISE



SEANCE DU 7 DECEMBRE 1959



— *Toxoplasmose congénitale chez un enfant noir*, par J. SÉNÉCAL, A. PELLEGRINO, M. LARIVIÈRE et V. AGBESSY. (Présentation de malade).

Toxoplasmose congénitale chez un enfant noir : hydrocéphalie, retard du développement, calcifications intracrâniennes, chorio-rétinites, réactions sérologiques positives chez la mère et l'enfant, en plus obésité.

Il semble s'agir du premier cas africain.

— *Rhinosclérome ?*, par J. REYNAUD. (Présentation de malade).

Présentation de deux malades atteints de sténose scléro-inflammatoire des fosses nasales qui, malgré l'absence de preuve bactériologique (recherche du bacille de V. Frisch négative), semble devoir être attribuée au rhinosclérome.

Intérêt de préciser l'existence et la fréquence de cette affection en Afrique Occidentale par une étude bactériologique et sérologique systématique des rhino-sinusites, pharyngites et laryngites inflammatoires et sclérosantes.

— *Arthroplastie du coude gauche (à la peau) chez un blessé très particulier (grand infirme des autres membres)*, par R. FUSTEC, ATAYI et TOURÉ. (Présentation de malade).

— *Etude effectuée à Dakar, chez l'Africain, des variations physiologiques de la protidémie en fonction de l'âge*, par H. PLAGNOL, M. CASTETS, M. MALLET et H. BOIRON.

La protidémie de l'Africain diffère de celle des sujets de race blanche par la faible valeur de l'albumine sérique et la teneur élevée en globulines. Une autre caractéristique est constituée par la lente évolution de la protidémie, évolution qui se poursuit non seulement pendant l'enfance, mais encore pendant l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte.

— *A propos de deux formes particulières d'encéphalite typhique*, par P. PÈNE, M. FERNEX et A. BOURGEADE.

Les auteurs font la critique de leurs observations.

Il s'agissait dans le premier cas d'une forme cérébello-spastique, et dans le deuxième d'une encéphalite végétative diffuse à forme anormalement prolongée, compliquée de très importants troubles trophiques cutanéomuqueux.

« *Intérêt de l'hystérosalpingographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine* », par A. CARAYON, J. F. BLANC et J. ROIGT.

Les auteurs rappellent l'intérêt de l'H.S.G. à propos de 7 cas de diagnostic de G.E.U. ou d'hématocèle où cet examen fut déterminant.

En milieu africain où l'interrogatoire est souvent très difficile et la mise en observation hospitalière parfois impossible, cet examen est un adjuvant précieux pour des femmes dont le domicile se trouve parfois éloigné de tout secours chirurgical rapide.

— *L'éruption dentaire de l'enfant africain durant les trois premières années de la vie*, par J. SÉNÉCAL, G. MASSE et F. MOREIGNE.

Etude longitudinale portant sur 300 enfants.

Etablissement des moyennes et écarts-types, de l'accroissement, comparaison entre garçons et filles, entre blancs et noirs.

Les différences constatées sont statistiquement sans valeur, sauf à 24 mois.

— *Sur trois cas de tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur*, par J. REYNAUD et Lamine DIOP.

A l'occasion de trois cas de « tumeurs fibreuses » du maxillaire inférieur observés en quelques semaines, on oppose au point de vue diagnostique, les « fibromes ossifiants » ou « dysplasies fibreuses isolées » et les « adamantinomes kystiques ».

Discussion des indications opératoires et des résultats.

GRIPPE · REFROIDISSEMENTS



CÉQUINYL

VITAMINE C A HAUTES DOSES
+ QUININE ACTIVÉE (QUINIMAXI)
comprimés dragéifiés



Société d'Exploitation des LABORATOIRES DEROL Service des Relations Médicales 66^{me} rue St Didier PARIS 16^e

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

ANALYSES.

Pratique obstétricale, par Maurice LACOMME, Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
2 volumes, 1.720 pages avec 305 figures et 4 planches en couleurs.
Masson et Cie, 1959.

S'il est un ouvrage qui vient à son heure et constitue une parfaite mise au point des conceptions et des techniques de l'obstétrique nouvelle, c'est bien la « Pratique obstétricale » de M. le Professeur Maurice LACOMME.

Bien que l'auteur se défende dans sa préface d'avoir voulu faire un traité d'obstétrique et encore moins un précis, l'importance et le nombre des questions abordées, l'ampleur des problèmes discutés, l'abondance des références bibliographiques, font que cet important ouvrage sera consulté avec intérêt non seulement par le praticien, mais aussi par les étudiants qui se destinent à la spécialité.

D'une lecture étonnement facile parce que rédigée dans le style familier et direct d'une conversation, il permet au lecteur de trouver tous les renseignements concernant les plus récentes acquisitions de l'endocrinologie appliquée à la gestation, de la biologie et des explorations para-cliniques qui s'y attachent.

Ecartant délibérément le chapitre de l'embryologie de l'œuf humain, l'auteur s'attaque d'emblée à l'étude du placenta : cette « gigantesque glande endocrine polyvalente ». Il fait le point de l'équilibre hormonal harmonieux foeto-maternel d'où d'écoule naturellement la surveillance biologique de la gestion et la prévention de ses évolutions pathologiques.

Vient ensuite un chapitre fort documenté et détaillé qui concerne un problème capital de la pratique courante, la conduite à tenir au cours de l'accouchement normal, questions que les anciens auteurs traitaient en quelques pages, fascinés qu'ils étaient par la dystocie et les techniques, auxquelles ils consacraient l'essentiel de leur livre. L'auteur estimant en effet que l'ère de la grande dystocie a vécu, grâce au perfectionnement de la prophylaxie pré-natale et à l'avènement des antibiotiques, consacre toute son attention à l'étude de l'accouchement commun qu'il se refuse à dénommer « normal », justement parce qu'il ne l'est pas toujours, lorsqu'on l'observe à la lumière des récentes acquisitions de la physiologie obstétricale.

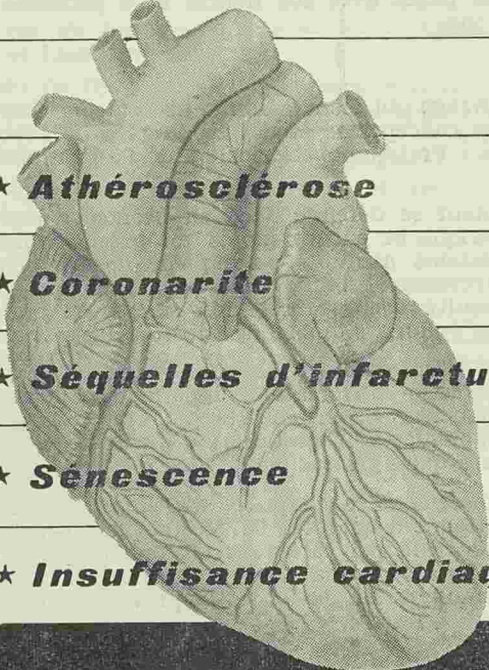
Tout en relatant de nombreuses observations cliniques, l'auteur expose les différentes thérapeutiques proposées et en fait un choix judicieux basé sur sa vaste expérience de la « direction de l'accouchement ».

Le tome I se termine enfin par l'étude de la dystocie majeure conditionnée par l'état maternel et foetal et donne toutes les solutions de l'obstétrique moderne, à ce sujet.

Le tome II est réservé aux grossesses pathologiques, à l'étude des affections médico-chirurgicales associées à la grossesse, aux opérations obstétricales et leurs techniques opératoires.

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250_{mg} LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIÈRE, PARIS 16

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

Enfin une partie fort intéressante de cet ouvrage est consacrée au nouveau-né qui est à proprement parler la « suite opératoire de l'accouchement au même titre que la mère. Cette étude est complétée par celle des affections du nouveau-né, en particulier la maladie hémolytique et les indications et techniques des exsangüino-transfusions.

Enfin l'ouvrage se termine par des considérations d'ordre médico-social concernant la protection maternelle et infantile.

Dr J. SCEMLA.

BIBLIOTHEQUE DE THERAPEUTIQUE MEDICALE

Directeur : Professeur Raymond TURPIN

**TRAITEMENT DES SUPPURATIONS URETRO-GENITALES
ET DE LEURS COMPLICATIONS CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME**

par P. DÜREL et A. SIBOULET

Editeurs : G. DOIN & C^{ie}

Ce livre sur les Blennorragies que DUREL, vénéréologue expert de l'O.M.S. a préféré intituler suppurations uréthro-génitales est une très intéressante mise à jour de la thérapeutique de cette affection vénérienne à la lueur à la fois du laboratoire et de l'antibiothérapie moderne.

On peut dire que ce livre vient à point, car peu d'ouvrages traitent de cette question et la thérapeutique est souvent entreprise à mauvais escient.

Aussi DUREL et son collaborateur réservent-ils une place importante au problème des urérites non gonococciques et à l'utilité du laboratoire tant pour la gonococcie que pour les urérites non gonococciques, en insistant sur les erreurs qui restent trop fréquentes et en parlant des divers agents étiologiques évoqués (trichomonas, virus, etc...)

Le traitement est ensuite envisagé selon un schéma différent chez l'homme et chez la femme : atteintes aiguës, subaiguës et goutte matinale chez l'homme; atteintes focales diverses, leucorrhée chez la femme.

Les éléments du diagnostic positif et du diagnostic étiologique sont étudiés dans chaque cas et le traitement est différemment envisagé selon le type de sujet malade : sujet averti ou sujet à rapports multiples et changeants, règle indispensable en matière de prophylaxie des maladies vénériennes. Plusieurs schémas pratiques de traitement sont ainsi proposés.

En ce qui concerne les complications uréthro-génitales chez l'homme et chez la femme, les auteurs exposent leurs propres expérience et technique dans les divers traitements locaux et généraux de ces complications.

Ce livre se termine par une très riche bibliographie où près de deux cents articles sont cités.

Tous les médecins, que la question intéresse, ont intérêt à lire cet ouvrage, écrit dans un style clair et concis.

Dr KHALFAT.

Les Vitamines, par Raoul LECOCQ. G. Doin, éditeur.

Les éditions Doin publient un livre important de R. LECOCQ sur les vitamines. Il s'agit d'une mise au point ou mieux, suivant l'expression de l'auteur, d'un recensement et d'un regroupement des vitamines, de celles qui sont universellement adoptées et de celles que l'on conteste encore.

Ce recensement s'appuie sur les méthodes d'exploration clinique et expérimentale habituelles en matière de vitamines, mais aussi sur une étude chimique et physiologique solidement étayée. Il permet désormais un regroupement fondé non plus sur les propriétés de solubilité (dans l'eau pour certaines et dans les graisses pour les autres) des vitamines, mais sur leur mode d'action : on retrouve ainsi, sans que soit dénié leur rôle de catalyseur, un mode d'action enzymatique pour les unes, hormonal pour les autres.

A mieux pénétrer les mécanismes d'action des vitamines, les médecins auront une meilleure approche des troubles nutritionnels qu'ils observent si fréquemment, à des degrés si variables en Tunisie.

Le livre de M. LECOCQ n'est certainement pas définitif dans un domaine encore si mouvant et ne prétend pas à l'être, mais il inscrit les limites de l'étape actuelle et éveille l'appétit de recherches plus poussées. Autre mérite : il renforce les liens entre la clinique traditionnelle et la biochimie cellulaire et constitue pour nous une invite pressante à nous appuyer sur le laboratoire et l'expérimentation !

Dr Naceur HADDAD.

Etude statistique intégrale de 324 cancers de l'estomac opérés (208 exérèses dont : 140 gastrectomies totales et 68 gastrectomies subtotaes).
par MM. Alain MOUCHET, J. MARQUANT, M. CAMEY, J.-P. GARCIN et G. CHATIGNOUX. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Tome 85, N° 32, 12 décembre 1959, p. 839 à 852.

Cette excellente publication d'Alain MOUCHET et de ses collaborateurs comporte tous les cas de cancers de l'estomac observés et opérés par eux de 1950 à 1959. Sur les 324 cancers, les interventions se décomposent ainsi :

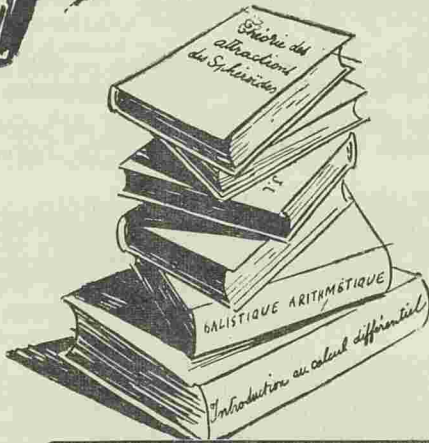
- 140 gastrectomies totales;
- 68 gastrectomies subtotaales;
- 39 gastro-entérostomies palliatives;
- 77 laparotomies exploratrices.

Donc un taux de résécabilité de 64 % (208 exérèses pour 324 cas).

Considérations cliniques et radiologiques. — Tout en s'abstenant de prendre parti dans la question de la transformation des ulcères gastriques, les auteurs signalent que sur 208 exérèses, l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire, a révélé dans 18 cas qu'il s'agissait d'ulcères transformés, soit 9 %.

La durée moyenne d'évolution des symptômes avant l'établissement du diagnostic est étudiée dans les détails. Nous retiendrons que pour les gastrectomies totales, dans plus d'un tiers des cas de cancer, le

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

début s'était manifesté depuis un an à plus de trois ans; pour les gastrectomies subtotaux très fréquemment les signes cliniques ont précédé de plusieurs années l'établissement du diagnostic exact.

Au point de vue symptomatologie le signe dominant a été l'atteinte de l'état général (amaigrissement, fatigue); viennent ensuite les formes dyspeptiques et avec sténose, et les formes douloureuses et hémorragiques. Dans 30 cas, les tumeurs étaient palpables et même visibles, 16 cas s'étaient manifestés par des signes colitiques et enfin 3 cas étaient révélés par une perforation.

M. MOUCHET et ses collaborateurs ne voient pas l'intérêt à l'examen histologique extemporané, ne trouvent aucun argument dans leurs observations pour appuyer les idées d'Andrée LE ROY sur la gravité des cancers pyloriques. Ils se refusent même à admettre la classification proposée par LE ROY.

Dans la totalité des cas les signes radiologiques ont toujours permis d'affirmer le diagnostic, si les formes lacunaires qui correspondent à des tumeurs bourgeonnantes sont de loin, les plus fréquentes; les auteurs ont cependant observé 8 cas de sténose médio-gastrique, 5 cas de limite totale, 7 cas de rigidité totalisée à l'angle et 23 fois de grosses lésions néoplasiques cardio-tubérositaires.

Etude chirurgicale des opérations d'exérèse. — Elle a été envisagée séparément pour les gastrectomies totales et subtotaux.

Etude détaillée des constatations opératoires, du siège de la tumeur, de la forme anatomique des adénopathies et de l'envahissement de voisinage.

Le type d'intervention pratiquée sur les 140 gastrectomies totales a consisté en 114 gastrectomies totales de nécessité, 23 gastrectomies totales de principe et 3 gastrectomies polaires supérieures. Les voies abdominales (63 cas) et thoraco-abdominales (75 cas), pour les tumeurs cardio-tubérositaires, ont été presque également utilisées.

Le mode de rétablissement de la continuité. — Les auteurs n'utilisent plus que l'anse montée en Y à la Roux, mais pratiquent l'anastomose en termino-latérale à quelques centimètres de l'extrémité de l'anse, en 3 plans bord à bord aux points séparés.

Le taux de la mortalité opératoire bien qu'important n'est pas prohibitif puisqu'il est de 38 morts pour 140 gastrectomies totales, soit 27 %; ce chiffre a notablement baissé pour les 5 dernières années et n'est plus que 23 %.

La cause la plus fréquente de la mort reste la fistulisation de l'anastomose éso-jéjunale, 16 morts sur 38 (42 %), 12 de 1950 à 1955 et 4 seulement de 1955 à 1959, 5 fistules ont pu être rattrapées, soit par action, soit par drainage aspiratif. Les auteurs soulignent l'extrême gravité des fistulisations intra-thoraciques, et la relative bénignité des fistulisations abdominales de petite dimension.

Etude des survies. — 17 % de survies de plus de 5 ans et 26 % de survies à plus de 4 ans pour les gastrectomies totales; 35 % de survies de plus de 5 ans pour les gastrectomies subtotaux. Bien plus significatifs sont les taux comparés de la gastrectomie totale de principe et des gastrectomies subtotaux qui chaque fois qu'elles sont possibles ont la faveur des auteurs.

Les auteurs trouvent que la gastrectomie totale de principe est une opération illogique, mais ne discutent pas les indications de la gastrectomie totale de nécessité et pensent que pour tout cancer de la portion horizontale, une subtotale suivie de curage ganglionnaire suffit.

La conclusion logique de cette longue série d'observations : les années à rechercher le moyen d'améliorer les résultats. Là encore, c'est la meilleure préparation de l'opéré, surtout la précocité du diagnostic, qui doivent compter, mais pour eux l'idée du « second look » de Wangensten n'est pas à abandonner complètement, bien qu'ils ne l'aient jamais proposé à leurs opérés.

S. MESTIRI.

Le problème de la splénopathie après anastomose porto-cave tronculaire.
par MM. R. BOURGEON, H. CATALONA et M. GUNTZ (Alger). Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Tome 85, N° 32, 16 décembre 1959, p. 832-839.

Dans le traitement de l'hypertension portale où sont associées cirrhose et splénomégalie importante, les auteurs ont été amenés à abandonner l'anastomose spléno-rénale après splénectomie, à la suite de constatations phlébographiques qui leur ont montré le caractère absolument non fonctionnel de telles anastomoses. Dès lors, élargissant l'indication des anastomoses porto-cave tronculaires, ils font état de 30 cas parmi lesquels 8 peuvent être valablement suivis et entrent dans les conclusions :

1° La splénopathie persiste malgré la disparition de l'hypertension portale, la splénomégalie persiste sept fois sur huit. Persistance de l'hypersplénisme hématologique. L'état anatomique de la rate dans les 3 cas splénectomisés est resté sans changement.

2° Une étude plus poussée permet même d'affirmer que la splénopathie résiduelle est nocive.

Les troubles hématologiques (anémie, leucopenie, plaquettopénie) cliniques disparaissent, l'état général s'améliore après la splénectomie secondaire, c'est également ce que conseillent SANTY et MARION dans la « Revue Internationale d'Hématologie ». Suivent des précisions sur le moment, la technique et les résultats de la splénectomie secondaire et enfin, le résumé des observations.

Discussion :

H. WELTI. — Après deux succès durables d'anastomoses spléno-rénales, se demande si des perfectionnements techniques ne pourraient pas améliorer les résultats de cette intervention et rappelle l'incision postérieure pour l'abord des grosses rates adhérentes.

L. LÉGER. — Apprécie les idées de l'orateur sur le caractère rarement fonctionnel dans les anastomoses spléno-rénales, il a recours de préférence à l'anastomose porto-cave qu'il a fait le plus souvent termino-latérale, mais des observations récentes de thromboses du bout supérieur portal expliquant peut-être le coma hépatique présenté par le malade, lui font préférer maintenant l'anastomose latéro-latérale.

S. MESTIRI.

LIVRES REÇUS.

Jean QUÉNU

Nouvelle Pratique Chirurgicale

Illustrée.

Fascicule XIV

G. Doin et Cie, éditeurs.



Clinique de Puériculture
de l'Hôpital Saint Vincent de Paul
Professeur Marcel LELONG.

*Actualités Pédiatriques*1^{re} Série

G. Doin et Cie, éditeurs.



Jacques MALLARMÉ

Traitement des anémies

Collection « B.T.M. »

Directeur Professeur Raymond TURPIN

G. Doin et Cie, éditeurs.

Imp. BASCONE & MUSCAT — TUNIS

Le Gérant : L. LEMOINE — 8, Place du 7 Mai 1943 — TUNIS

<p>Une vraie solution de Corticostéroïde...</p> <h1>Solucort</h1> <p><small>21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODODECIUM</small></p>	<p>ALLERGIE NASALE</p> <p>ASTHME (AEROSOLS)</p> <p>ALLERGIE OCULAIRE</p>
<p>LABORATOIRES CHIBRET CLERMONT-FP • PARIS</p>	 

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

