



NO 1

JANVIER - FEVRIER 1969

المجلة الطبية التونسية

LA TUNISIE MEDICALE

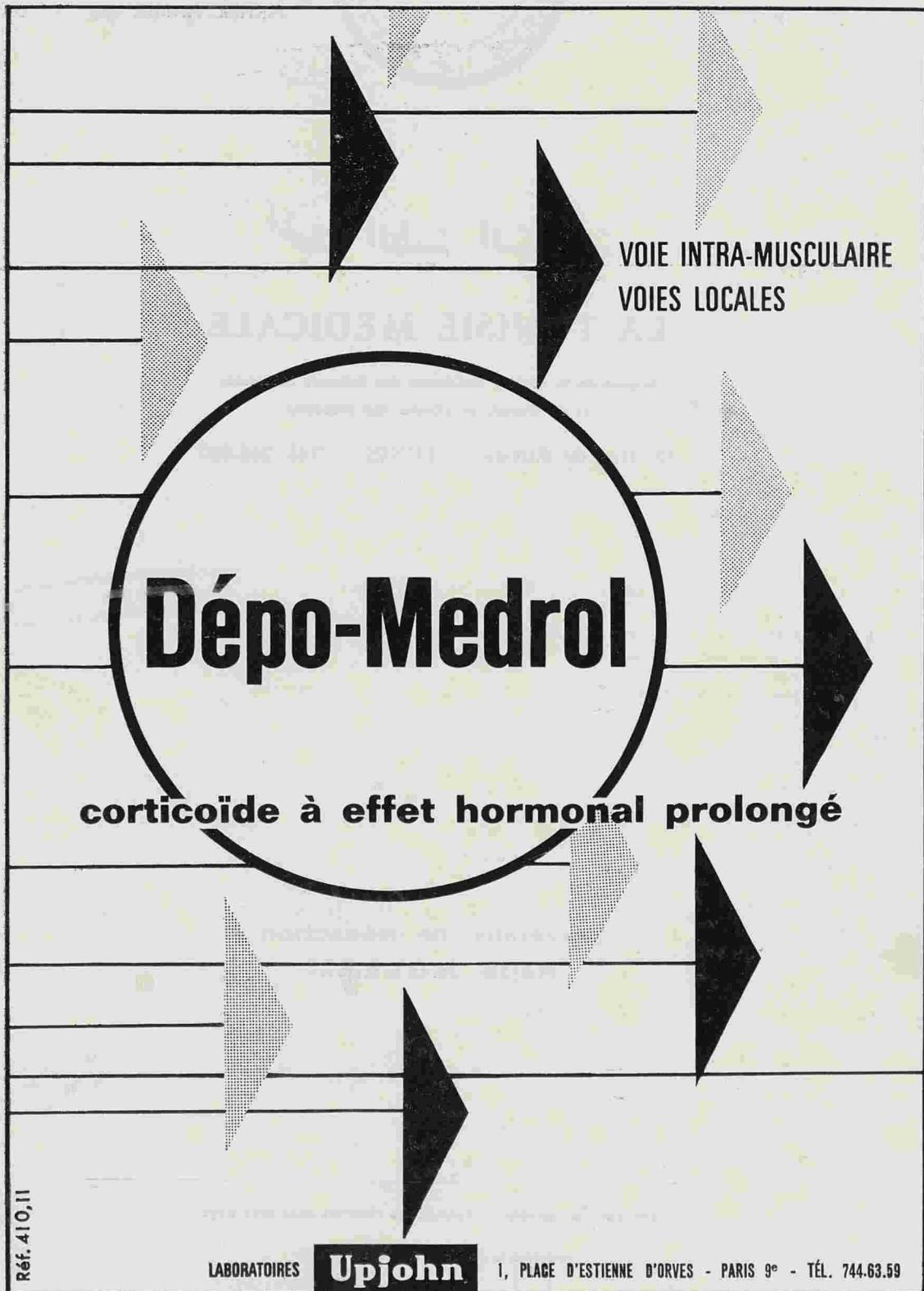
Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins

18, Rue de Russie — TUNIS — Tél. 245.067

Secrétaire de Rédaction
Néjib MOURALI

Reproduction interdite — Tous droits réservés pour tous pays

Imprimerie Bascone & Muscat - Tunis



SOMMAIRE

— <i>RHAZES — Psychologie Médicale — Psychosomatique et Déontologie,</i> par Sleïm AMMAR	2
— <i>La Médecine de l'âme chez les arabes,</i> par Sleïm AMMAR	15
— <i>Perspective de la Psychosomatique en Médecine,</i> par B. LUBAN-PLOZZA	29
Séances de la Société Tunisienne des Sciences Médicales	
— <i>A propos d'un cas d'hypertension portale par bloc extra-hépatique traitée par anastomose spléno-rénale,</i> par S. MESTIRI, S. GHARBI, H. HADJ SALAH et H. ACHOUR	37
— <i>Un cas de sympathome embryonnaire chez l'adolescent,</i> par Mme M. T. REBAI-COLIN, M. MAAMOURI, A. FLISS, D. MANEL et N. HADDAD	43
Mise au point : <i>La crénothérapie en rhumatologie</i> , par R. BEN ABDALLAH	49
Analyses de livres : par R. BEN ABDALLAH	52



2^e édition latine imprimée du « Continens », Venise, 1529.
Rhazès figure sur le frontispice de l'ouvrage.

RHAZES (850-923 J.C.)

Psychologie médicale - Psychosomatique et Déontologie

par Sleïm AMMAR

Abubaker Ibn Zakkaria Errazi (1), 850-923 J.C. (Razès ou Rhazès pour la science médiéviste) est sans conteste le plus grand médecin d'expression arabe — après Avicenne — qu'il surclasserait même, pour beaucoup, dans le domaine strictement médical.

C'est l'immortel auteur du « Hawi » ou « Continens » : inventaire monumental de tous les faits qui dans les temps anciens et modernes touchaient à la médecine.

Génie encyclopédiste lui aussi, physicien, chimiste, mathématicien, Rhazès ne négligeait pas pour autant les études psychologiques comme l'attestent ses ouvrages sur les « modalités de la perception », « l'équilibre spirituel », « l'instinct de jouissance » auquel peut correspondre de nos jours — en partie tout au moins — « la libido ».

Il est enfin l'auteur d'écrits fort pertinents sur l'imagination, les obsessions, les troubles de la conduite et les états passionnels, ainsi que des opuscules sur la Raison et « la médecine de l'âme ».

Le premier à avoir parlé des alcools, Rhazès les interdisait aux malades mélancoliques et déprimés à qui il recommandait plutôt certaines distractions — comme les jeux d'échec, perspective reprise et étendue de nos jours comme l'on sait — aux techniques ludothérapiques des maladies mentales.

Philosophe libéral, il refusait les explications ésotériques des phénomènes naturels, séparant nettement le domaine de l'observation et de l'expérience de celui de la géomancie et de l'astrologie qu'il n'hésitait pas à confondre avec l'imposture et le charlatanisme et qu'il démasqua dans des écrits particulièrement virulents.

Et ce sera Rhazès qui, le premier, insistera pour que le médecin secourût les incurables. « Tout méde-

cin, disait-il, doit persuader son patient qu'il guérira et entretenir en lui cet espoir même si l'issue est des plus douteuses — l'esprit imposant sa volonté au corps, le médecin doit encourager celui que la mort a déjà marqué pour lui insuffler un regain de vigueur ».

« Il apparaît toujours, disait-il encore, au médecin de suggérer au patient la bonne santé et de le réconforter en la lui faisant toujours espérer — même s'il n'y croit pas en son for intérieur. Car la structure du corps suit les vicissitudes de l'âme ».

Dans son ouvrage intitulé « La science divine », il admet l'existence de cinq principes divins qui gèrent le monde. Partisan d'une morale affranchie des dogmes de la foi, il enseignait le courage devant la vie, une indifférence sereine devant les menaces ou les promesses de l'au-delà, car « la raison et la science prouvent qu'il n'y a pas de vie après la mort ».

S'étant toujours gardé d'être un simple copiste d'Hippocrate et de Galien, et tout en révérant ces Maîtres, il a toujours introduit dans ses analyses le fruit d'observations personnelles qui reflètent un sens clinique fort avisé.

Certains de ses aphorismes et maximes sont célèbres et dénotent à la fois une profonde sagesse et un esprit critique aiguisé :

« La vérité en médecine est une moyenne qu'on peut lire dans les livres, mais elle a beaucoup moins de valeur que l'expérience d'un médecin qui pense et qui raisonne ».

« La médecine n'est facile que pour les imbéciles, les médecins sérieux découvrent toujours des difficultés ». Et encore : « Pendant un millier d'années sans doute, un millier de médecins ont contribué aux progrès de la médecine : celui qui lit leurs livres avec assiduité et réflexion, y découvre en une brève existence, plus qu'il n'en pourrait apprendre en attendant mille ans l'occasion d'observer un cas

(1) L'hôpital psychiatrique de La Manouba (banlieue de Tunis) porte désormais son nom depuis 1960.



ANTIBIOTIQUE D'USAGE LOCAL EXCLUSIF + CORTICOSTÉROÏDE ÉPROUVÉ ET SÛR

Dermatoses microbiennes inflammatoires, dermatoses allergiques surinfectées, eczémas microbiens.

Plaies avec ou sans perte de substance, lésions infectées étendues, séquelles de plaies opératoires, escarres.

Plaies variqueuses, ulcères de jambe.

Brûlures cutanées superficielles.

Préparation aux greffes cutanées.

**2 A 4 APPLICATIONS PAR JOUR
USAGE EXTERNE EXCLUSIVEMENT**

Réf. 413,18 E

FLACON NEBULISEUR PRESSURISÉ "SPRAY CUTANÉ"
nouvelle présentation très pratique pour le traitement des lésions étendues ou extrêmement sensibles.

Titré à 0,5 % de Néomycine base à l'état de sulfate et 0,5 % d'Hydrocortisone. / 15 ml de suspension.

Tableau A

Éviter la projection dans les yeux.

POMMADE DERMIQUE : excipient hydrosoluble non parfumé qui ne tache pas le linge.

tube de 15 g à 3,5 % de Néomycine-base à l'état de sulfate et 1 % d'acétate d'Hydrocortisone

tube de 5 g à 3,5 % de Néomycine-base à l'état de sulfate et 2,5 % d'acétate d'Hydrocortisone

LABORATOIRES DIAMANT 3, AV. DU GÉNÉRAL-DE-GAULLE, 92-PUTEAUX - TÉL. : 772-12-12

déterminé. La lecture ne fait toutefois pas le médecin, mais bien l'esprit critique et le talent d'appliquer à des particuliers les vérités dont il a la connaissance. Moyennant quoi, le malade a le devoir de lui faire confiance ».

Enfin, une autre citation que beaucoup doivent méditer :

« Quand Galien et Aristote sont d'accord sur un point, les médecins peuvent aisément prendre une décision; mais quand leurs opinions divergent, il est bien difficile de les mettre d'accord. Qui consulte plusieurs médecins commettra plusieurs erreurs ! »

Autre aphorisme toujours dans le même sens : la vérité est un but qu'on ne peut atteindre... et la pratique de la médecine telle qu'on la trouve dans les traités est loin de valoir l'initiative du médecin perspicace auprès du malade.

Une autre maxime est aussi célèbre : « Si le médecin était compétent et le malade obéissant, que le mal serait facile à guérir ! »

La thérapeutique de Rhazès s'inspirait des thérapeutiques grecque, persane et hindoue, mais surtout de sa longue expérience personnelle.

Ibn Abi Oussaïbia rapporte dans sa biographie des médecins arabes, le principe fondamental qui guidait Rhazès en la matière.

« Chaque fois que tu peux guérir avec les aliments, n'emploie pas les médicaments et chaque fois que tu peux prescrire un médicament simple, n'ordonne pas un médicament composé ».

Une branche très populaire de la littérature aussi bien arabe que persane et turque, est constituée par les Anecdotes ou Nawadir — nombre d'entre elles sont consacrées à la médecine et aux médecins.

Un des plus anciens ouvrages anecdotiques est intitulé : « Le soulagement après la détresse » « *El Faraj baad eshida* » imprimé au Caire en 1903-1904, dû au Cadi Abu Ali Ettanukhi, qui fut presque le contemporain de Rhazès. Ce dernier y est en particulier le héros d'une anecdote qu'il nous paraît assez attrayant de citer, et qui concerne une intervention psychothérapeutique d'un cas qu'on pourrait qualifier de nos jours typiquement de « psychosomatique ».

Rhazès fut mandé un jour en Transoxanie pour soigner l'Emir Mansûr atteint d'une affection rebelle.

A son arrivée à l'Oxus, il fut si alarmé de la grosseur du fleuve, par rapport à la fragile embarcation sur laquelle il était invité à monter, qu'il refusa d'aller plus loin. Les émissaires du roi dirent l'embarquer pieds et poings liés tout en lui prodiguant des marques de respect et en s'excusant de ces violences dont ils le prièrent de ne pas leur garder rancune. Rhazès les assura qu'il ne leur garderait aucun ressentiment : « Je sais, dit-il, que chaque année plusieurs milliers de personnes traversent l'Oxus saines et sauvées. Mais, si j'avais eu le malheur de me noyer, les gens auraient dit : « Que Muhamed Ibn Zakariyyâ a donc été fou de s'exposer à ce risque de son propre gré ! au contraire, puisque j'ai été transporté de force à travers le fleuve, si j'avais péri, le peuple m'aurait pris en pitié au lieu de me blâmer ».

Arrivé à Boukharâ, Rhazès tenta diverses thérapeutiques sur l'Emir, mais sans aucun succès.

Finalement, il lui dit : « Demain, j'essaierai une nouvelle thérapeutique, mais il vous coûtera le meilleur cheval et la meilleure mule de vos écuries ».

L'Emir accepta et mis les animaux à sa disposition.

Le jour suivant, Rhazès conduisit l'Emir à un bain maure situé loin de la ville, attacha à la porte le cheval et la mule sellés et bridés, et entra dans la salle de bain seul avec le monarque à qui il administra des douches d'eau chaude et un breuvage qu'il avait préparé « pour l'amener », dit le narrateur, jusqu'au moment où les humeurs seraient à point dans ses articulations ». Alors Rhazès sortit du bain, puis empoignant un couteau il se mit à invectiver l'Emir en disant : « Tu as ordonné de me ligoter et de me jeter dans la barque; tu as conspiré contre ma vie, si je ne te tue pas pour te punir, je ne m'appelle pas Muhamed Ibn Zakariyyâ ! On conçoit la fureur de l'Emir qui, mi par colère, mi par crainte, sauta sur ses pieds. Rhazès prit la fuite aussitôt... en compagnie de son domestique qui l'attendait dehors avec le cheval et la mule. Ils partirent à plein galop et ne s'arrêtèrent qu'après avoir traversé l'Oxus et atteint Merv, d'où Rhazès écrivit à l'Emir.

« Puisse la vie du roi se prolonger en santé et en autorité ! Conformément à mon dessein, je

vous ai traité avec le plus d'habileté que j'ai pu. Il y avait pourtant une déficience dans la chaleur naturelle et ce traitement aurait été prolongé indûment. Aussi l'ai-je abandonné en faveur de la psychothérapie (*ilag-i-nafsâni*). C'est ainsi qu'au moment où les humeurs peccantes ont atteint un point de coction suffisant dans le bain, je vous ai délibérément provoqué dans le but d'accroître la chaleur naturelle et celle-ci a pu parvenir au degré voulu pour dissoudre les humeurs déjà ramollies. Mais désormais, il est préférable que nous ne nous rencontrions plus ».

Le prince revenu de sa colère avait été charmé de se trouver rétabli et libre de ses mouvements. Il fit rechercher partout le médecin, mais en vain, jusqu'à ce que le septième jour, le serviteur revint avec le cheval et la mule, porteur de la lettre qu'on vient de lire. Comme Rhazès persistait dans sa résolution de ne pas revenir, l'Emir le récompensa par l'envoi d'une robe d'honneur, d'un manteau, d'un turban, d'armes, d'un couple d'esclaves des deux sexes et d'un cheval entièrement carapaçonné, puis il lui alloua une pension annuelle de deux mille dinars d'or et deux cents charges de blé.

Rhazès appartient à cette catégorie d'esprits frondeurs qui a toujours existé en Islam malgré la forte pression sociale exercée par la religion. En opposition farouche aux hommes du culte, Rhazès ne craignait pas de critiquer toutes les religions établies en niant la possibilité d'une réconciliation de la religion et de la science.

Il rédigera notamment deux traités qui eurent la faveur des milieux opposés à la religion traditionnelle : ce sont les « *Makhariq al-anbiya* » ou « *Hiyal* » (« Les impostures des prophètes ») qui semblent bien avoir inspiré le fameux thème des trois imposteurs et son « *Naqd al-adyan* » (« Critique des Religions ») transmis en partie grâce à la réfutation qu'en a faite l'ismaïlien Abu Hatem al Rasi, dans son « *Kitab a'lam al-nubuwwa* » (« La science de la prophétie »). Les thèses principales qu'y développe Rhazès, thèses ruineuses pour toutes les religions, rejoignent celles des rationalistes de tous les temps : « tous les hommes sont égaux. Il n'y a pas de supériorité spirituelle ou intellectuelle pour les prophètes; leurs miracles ne sont que supercheries ou légendes pieuses; les religions n'ont été que causes de guerres ou de massacres ».

Enfin, les livres sacrés ont peu de valeur et ne sont qu'entrave à la recherche libre : les ouvrages

des anciens (Platon, Aristote, Euclide, Hippocrate) ont rendu bien plus de services à l'Humanité.

Rhazès ne cessait de proclamer avec fougue un égalitarisme irréductible et un anti-prophétisme violent, frisant l'impiété.

« Tous les humains sont égaux, répétait-il. Il est impensable que Dieu en ait distingué quelques-uns pour leur confier une mission prophétique aux conséquences souvent néfastes : guerres, tueries et désastres déchaînés au nom des dogmes et de vaines croyances ».

Et par opposition aux prophètes, Rhazès tenait les Sages en la plus haute estime.

« Les philosophes, disait-il, n'ont pas commis de mensonges ni d'erreurs, mais chacun d'eux a fait des efforts et du fait de ces efforts il s'est placé sur le chemin de la vérité, alors que les prophètes croient détenir la vérité immanente et absolue ».

On dira plus tard que : « la recherche de la vérité est plus précieuse et plus louable que la vérité elle-même ».

Physicien de talent, Rhazès découvrit le vide. En cela, il surpassait d'ores et déjà Avicenne qui en niera plus tard l'existence.

On conçoit l'immense scandale que pareille théorie pouvait susciter de par l'avance vertigineuse qu'elle prenait sur les opinions communément admises à l'époque.

Rhazès est aussi l'auteur d'un livre sur la forme de l'univers où la preuve sera faite que la terre tourne autour de deux axes et qu'elle est plus grande que la lune et plus petite que le soleil.

Les écrits philosophiques de Rhazès jusqu'ici dispersés ont été dernièrement réunis par un des meilleurs historiens des Sciences chez les Arabes, le regretté Paul Krauss, qui a ainsi édité sous le nom de « *Rasa'il falsafiyya* » (« Epîtres philosophiques ») tous les fragments qu'il a pu recueillir de ces écrits en langue persane ou arabe.

Le plus important d'entre eux s'appelle « *Altibb Alrûhani* » que l'on pourrait traduire par « La médecine psychologique » ou « spirituelle » ou mieux encore peut-être par « La médecine de l'âme » et qui concerne, de ce fait, directement notre sujet.

Il contient vingt chapitres assez disparates, mais se rapportant tous plus ou moins à des thèmes d'ordre moral et psychologique.

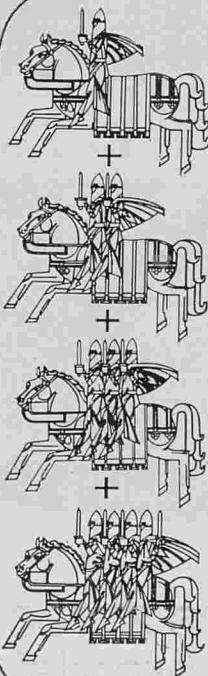
*du rhinopharynx
à l'alvéole.*

Tétrasillex

capsules
sirop

*libère l'infecté
respiratoire*

4
effets
en
1



antibiotique
fluidifiant
antitussif
eupnéique

Tétrasillex

une posologie simple, celle de la tétracycline

1 ou 2 capsules (250 ou 500 mg de tétracycline)
chez l'adulte.

1 ml de sirop par 5 kg de poids
soit { petites mesures (1 ml) de sirop
chez l'enfant jusqu'à 1 an.
1 { grandes mesures (2 ml) de sirop
ou { chez l'enfant de 1 an à 8 ans.
2 { cuillers à café (5 ml) de sirop
chez l'enfant au-delà de 8 ans.

4
fois
par
jour

Eviter les surdosages en sirop chez les sujets atteints d'affections rénales ou hépatiques.

COMPOSITION — Pour une capsule : Tétracycline 250 mg, Gycérylgaïacol 50 mg, Codéine 7,5 mg, Nébulisat de drosera 10 mg, Poudre de lobélie 25 mg - Pour 100 ml de sirop : Tétracycline 2,5 g, Benzoate de sodium 1,25 g, sulfogaiacol 1,25 g, Sirop de tolu 85,875 g, Teinture de drosera 0,937 g, Teinture de lobélie 0,675 g.

INDICATIONS — Affections des voies respiratoires et de la sphère O.R.L. Bronchites aiguës et chroniques, pneumopathies ; Rhino-pharyngites, rhino-trachéo-bronchites ; Angines, adénoidites, amygdalites, laryngites, trachéites, otites, sinusites ; Asthme, broncho-empysemme, dilatation des bronches • Complications respiratoires des maladies infectieuses, en particulier de la grippe • Complications infectieuses des interventions chirurgicales portant sur l'arbre respiratoire et la sphère O.R.L.

PRÉSENTATION — Capsules : boîte de 16, P. Cl. 16 - Sirop : flacon de 125 ml P. Cl. 13 - flacon de 60 ml P. Cl. 7 - S.S. - Art. 115 - AMG

9/67 M

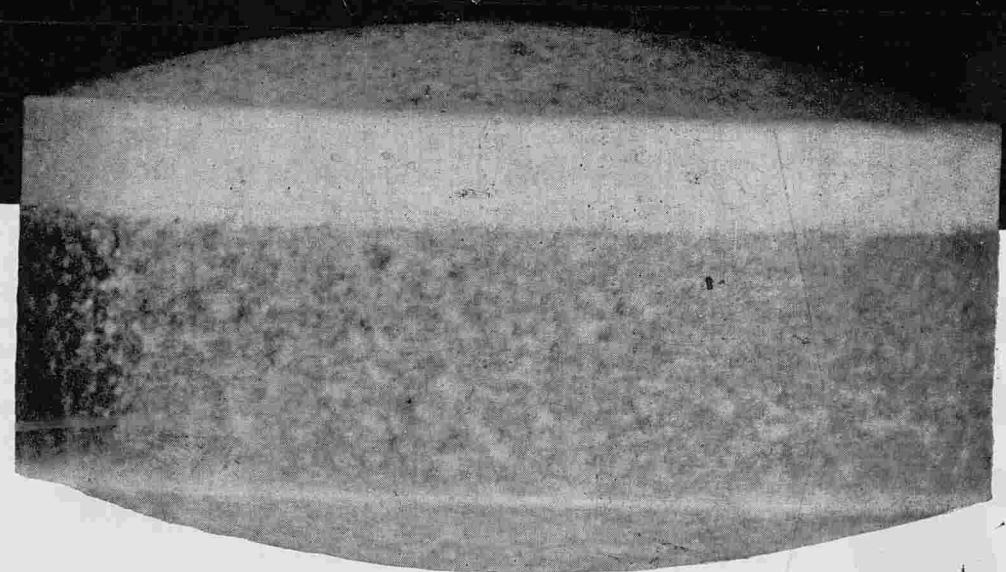
CJRG



LABORATOIRES
SUBSTANTIA
92 SURESNES



pourquoi ce comprimé a-t-il deux couches?



pour assurer 12 heures après ingestion
une action coronarodilatatrice
encore sensible*

Péritrate

comprimés à Effet Prolongé

* La couche rapide, claire, libère 20 mg de tétranitrate de Pentaérythrite en milieu gastrique. La couche lente, foncée, contenant 60 mg, se délite progressivement en milieu intestinal.

1 comprimé matin et soir. Angor, post-infarctus. A utiliser avec précautions chez les porteurs de glaucome. Tubes de 20 et 60 cpr. P. Cl. 9 et 24 - Tab. C - S.S. - Art. 115. - A.M.G. et Coll.

LABORATOIRES
SUBSTANTIA SURESNES (Hts-de-Seine)

Rhazès commence par y montrer l'excellence de la Raison, don le plus précieux que Dieu ait fait à l'homme et qui lui permet de guérir l'âme de ses passions et l'esprit de son ignorance. C'est elle qui a permis à l'homme de découvrir la navigation, la médecine, la chimie, l'astronomie, bref de dominer progressivement la nature par l'invention scientifique.

C'est elle qui lui permet de distinguer ce qui est utile à notre organisme et ce qui lui est nuisible, enfin c'est grâce à elle qu'il est parvenu à appréhender l'existence même du Créateur.

Rhazès a figuré le drame de l'âme dans un symbolisme crypto-manichéen. « L'âme eut le violent désir de compénétrer ce monde, sans prévoir qu'elle ébranlerait la Matière et serait ainsi frustrée de son but. Elle devint donc la misérable captive de ce monde. C'est alors que de la substance de sa propre divinité, le Créateur envoie l'Intelligence (*Aql*) pour secouer l'âme en léthargie et lui montrer que là n'est pas sa patrie. D'où la mission des philosophes et la délivrance des âmes par la philosophie, puisque c'est par celle-ci que l'âme apprend à connaître le monde qui est le sien ». (H. Combin : « Histoire de la philosophie islamique »).

Le propre de la médecine spirituelle sera donc d'assurer la maîtrise des passions par la raison en formant le caractère. Celui qui arrive le mieux à cette maîtrise est, sans conteste le philosophe, lui qui plus que quiconque connaît l'objet du plaisir et ses limites et sait comment échapper à ses attractions.

Ce problème du plaisir, Rhazi y reviendra au chapitre cinquième et lui consacrera d'ailleurs un traité spécial, où il répondra aux partisans d'une morale du plaisir par des arguments philosophiques percutants. Dans ce chapitre cinquième consacré à l'amour et à l'amitié, Rhazi contrairement à beaucoup de poètes et de penseurs arabes, se montre sévère à l'égard de ceux qui succombent sous les charmes de l'amour. « Les amants, dit-il en substance, par leur exclusif attachement à l'objet de leur amour, sont moins avantagés que les animaux qui peuvent satisfaire leur concupiscence sans aucune restriction. Ils abusent de la raison dont les a gratifiés le Créateur ».

L'amour n'est pas un signe de culture, ni de raffinement, ni même de grande sensibilité. Il n'est pas le propre du sage, mais se retrouve à l'état brut chez le primitif inculte, le bédouin et le barbare.

Quand il est excessif et que l'objet aimé arrive à disparaître il peut en résulter la perte de la raison... Dans le même ordre d'idées, Rhazès étudie aussi la nature et les effets de la tristesse dont la persistance est nuisible à la raison autant qu'à l'harmonie des corps et des âmes. Elle peut entraîner des dépressions graves dans la mesure où elle procède d'un attachement excessif aux choses périssables d'ici bas.

Il faut donc vivre avec mesure et garder en toutes circonstances une sérénité et une indépendance d'esprit invariables à toute épreuve sans pour cela tomber dans l'ascétisme, qui constitue un excès en sens inverse.

Certes ici bas tout est périssable, même les joies les plus intenses. Aussi le sage doit-il savoir jouir tout juste de celles qui sont à sa portée. La joie que procure la possession d'un objet est sans commune mesure avec l'affliction que nous inflige la perte de cet objet et l'expérience montre par exemple que celui qui n'a pas d'enfants souffre moins que celui qui a perdu un fils.

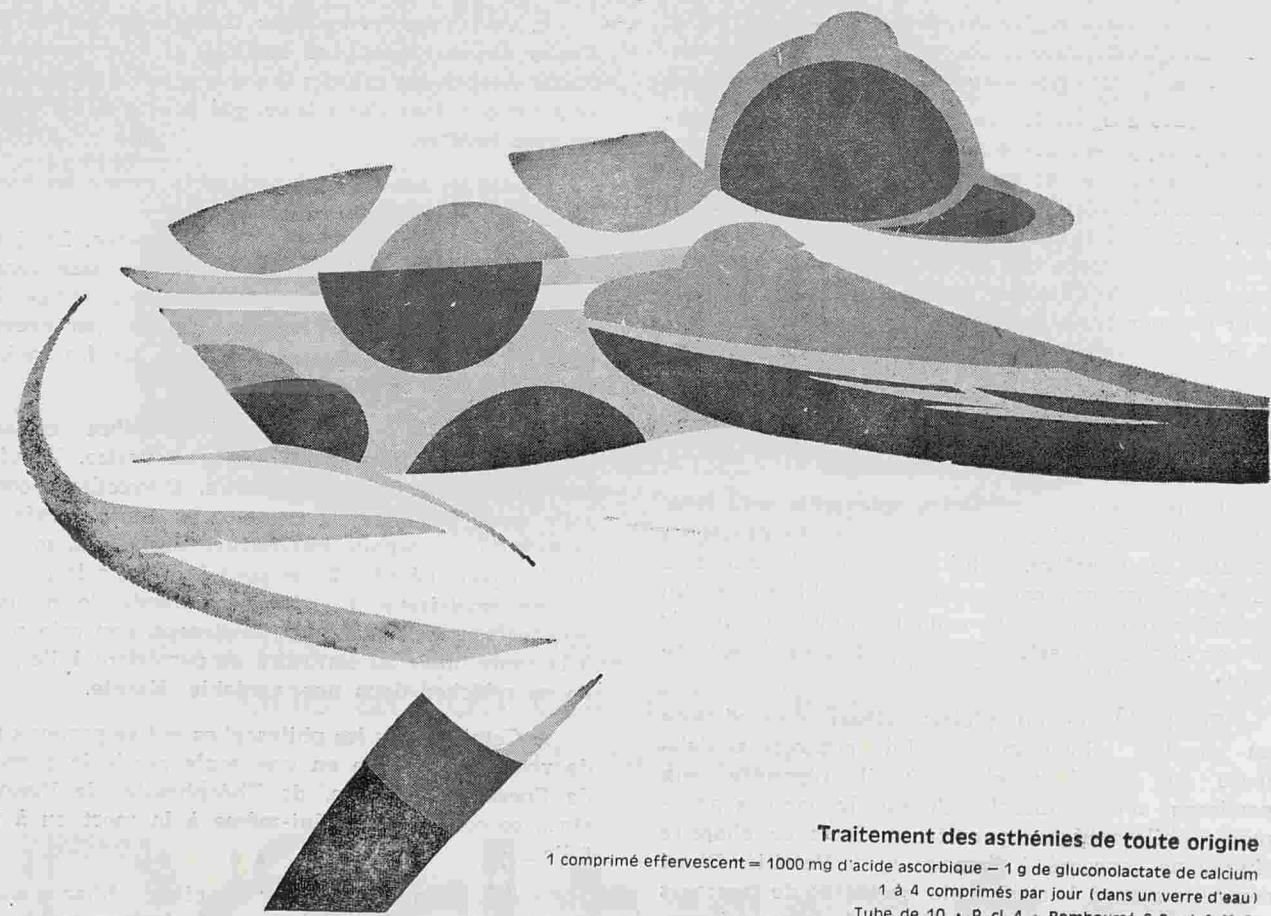
Les chapitres suivants traitent d'un certain nombre d'autres passions comme l'avarice, l'envie, la vanité, le désir de vengeance. D'excellents conseils pour l'hygiène mentale nous sont donnés à propos du surmenage intellectuel. Malgré sa propre passion pour l'étude (2) et peut-être instruit par sa propre expérience, Rhazès recommande de ne pas concentrer son esprit trop longtemps, car cela nuit à la santé, mais au contraire de permettre à l'esprit de se relâcher dans une agréable détente.

« Celui d'entre les philosophes qui se proposerait de vouloir connaître en une seule année la pensée de Socrate, d'Aristote, de Théophraste, de Platon, etc..., se condamnerait lui-même à la mort ou à la folie... »

Enfin, dans un dernier chapitre, Rhazès sans vouloir discuter le problème de l'immortalité de l'âme, déclare que la crainte de la mort est absurde. Si, comme il l'affirme, le plaisir est avant tout le retour à la condition normale du repos, alors il est

(2) Rhazès condamne sévèrement l'ascétisme des Hindous, celui des Manichéens et à un moindre degré celui des Chrétiens. Bien que partisan de la métémpsychose, il admet cependant comme raisonnable que l'on se débarrasse des animaux dangereux et nuisibles et que l'on fasse un usage modéré de la viande.

Ca C¹⁰⁰⁰ SANDOZ



Traitements des asthénies de toute origine

1 comprimé effervescent = 1000 mg d'acide ascorbique — 1 g de gluconolactate de calcium

1 à 4 comprimés par jour (dans un verre d'eau)

Tube de 10 • P. cl. 4 • Remboursé S.S. et A.M.G.

UNE RECHARGE DYNAMISANTE SOUTENUE ET ÉQUILIBRÉE

Nouvelle Adresse

14, boulevard Richelieu — 92-Rueil-Malmaison

Téléphone : 967-79-20 - 967-77-20



incontestable que le repos éternel de la mort est préférable à la vie avec son alternance perpétuelle de plaisir et de peine. *Celui qui craint la mort, meurt non pas une fois, mais plusieurs fois.* Celui qui croit en une autre vie a encore moins de raison de craindre la mort puisqu'il est convaincu de marcher ici-bas dans la bonne voie.

Cet attachement à la sagesse des Anciens paraît davantage encore dans un petit traité intitulé « *Al sira al Falsafiyya* » (« La conduite philosophique ») dans lequel Rhazès après avoir rappelé cette vieille définition de la philosophie :

« La philosophie est l'imitation de Dieu, autant que cela est possible à la nature humaine », résumera sa conception de l'existence dans les six maximes suivantes :

1° Nous devons attendre pour nos âmes après la mort un état de bonheur ou de malheur selon notre conduite ici-bas.

2° Le but pour lequel nous sommes créés n'est pas le plaisir corporel, mais l'acquisition de la science et la pratique de la justice.

3° La nature et la passion nous poussent à préférer le plaisir terrestre, mais la raison doit nous apprendre à nous éloigner des plaisirs immédiats en vue d'objets plus importants.

4° Le Seigneur déteste l'injustice et l'ignorance et aime la justice et la science. Il punit ceux qui sont pour les autres, causes de peine et d'affliction.

5° Nous ne devons pas accepter une souffrance dans l'espoir d'un plaisir si cette souffrance surpassé ce dernier en quantité et qualité.

6° Le Créateur nous a octroyé des choses nécessaires comme la culture de la terre, le tissage, etc... qui nous garantissent notre subsistance ici-bas.

Pour conclure, Rhazès après avoir exposé son idéal de vie soutient à l'encontre de ses adversaires que lui-même est philosophe et vit en philosophe. En médecine, il est l'émule d'Hippocrate et en philosophie de Socrate à la fin de sa vie.



Charles d'Anjou, roi de Sicile, recevant le manuscrit de Rhazès.
Miniature extraite du « Continent » de Rhazès. (Bibl. Nationale.)

stréptom

1 000 000 U. I. de bicljinocilline associés à
0,50 g de dihydrostreptomycine



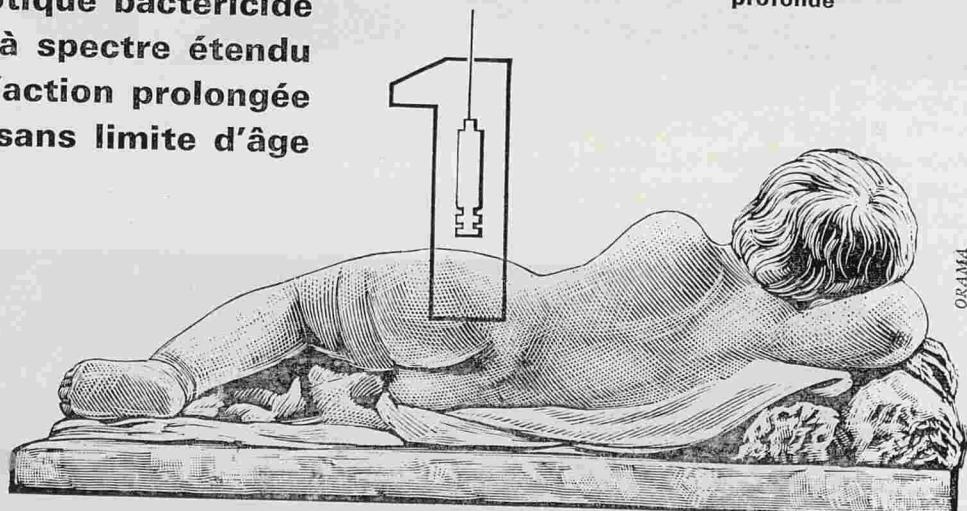
une injection tous les deux jours

flacon unitaire à diluer dans 3 ml de solvant

P. Cl. 5 Tableau C

Injection
intramusculaire
profonde

L'antibiotique bactéricide
à spectre étendu
d'action prolongée
sans limite d'âge



LABORATOIRES CLIN-COMAR • 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES • PARIS V^e
DIRECTIONS MÉDICALES ET PUBLICITAIRES CLIN-BYLA

ALGER

2, rue Louise-de-Bettignies Tél. 65.74.63
B.P. 380

ORAN

5, rue de la Remonte Tél. 359.78
B.P. 159

CONSTANTINE

37, rue Jules-Ferry Tél. 54.05
B.P. 15

CASABLANCA

8, rue Saint-Quentin Tél. 437.92

TUNIS

DAKAR

ABIDJAN

TANANARIVE

FORT-DE-FRANCE

4, rue Capitaine Guynemer Tél. 247-245

3, place de l'Indépendance Tél. 210-92

B.P. 2 072

B.P. 1 305

51, rue Albert-Picquié Tél. 03.51

B.P. 1 427

6^e km, route de la Redoute Tél. 44.10

B.P. 215 Morne Cirey

La médecine de l'âme chez les arabes

par Sleïm AMMAR

I. -- INTRODUCTION

Véhiculant l'héritage scientifique et philosophique de la Grèce et de Byzance, s'enrichissant aux sources de la sagesse hindoue et des cultures syriaque, persane et sassanide, l'Islam émergera en définitive au carrefour des grandes civilisations qui l'avaient précédé.

Il n'évitera pas cependant la marque de la pensée mythique des Arabes du désert chez qui, anges, démons, djinns (à mi-chemin entre les hommes et les démons) caractérisaient de façon diffuse les deux pôles classiques du Sacré.

Dans la conception préislamique l'âme ou *nafs* est double. Le corps de l'homme est animé par deux forces vitales appartenant au domaine invisible du sacré, l'une devant rejoindre le monde souterrain, l'autre réintégrant le monde d'en-haut.

L'Islam acceptera ce dualisme et s'inspirera même largement des croyances en la pluralité des souffles vitaux.

Cependant, les forces chthoniennes seront désormais soumises à la volonté divine et resteront en dépit de ce contrôle où à travers lui chargés des affaires d'ici-bas, imprégnant toutes choses d'un animisme diffus et commandant en grande partie par leur intervention bienfaisante ou malfaire la conduite et la fin dernière des humains.

Dans l'Arabie préislamique le monde du merveilleux était centré sur l'Ancêtre éponyme et le « Héros Civilisateur » dont le rôle était capital au sein de la société patriarcale des nomades du désert.

Ainsi, Abraham, l'ancêtre commun des Juifs et des Arabes apparaît comme l'Envoyé du Ciel pour rétablir la vraie foi. Mahomet, descendant généalogique d'Ismaël et le dernier de cette même lignée prophétique, restaurera la pureté religieuse originelle maculée et pervertie par les passions des humains.

Ainsi en empruntant au monothéisme judéo-chrétien les valeurs spirituelles éternelles qu'il in-

carne, l'Islam va hisser les peuples nomades de l'aride Arabie du paganisme et de l'animisme tribal vers un rationalisme universaliste simple et très purifié qui marquera en tant que conception totale du monde, les multiples activités de la vie.

Le message de libéralisme et d'humanisme que le Coran renouvelait à l'adresse de l'Humanité devait commander des siècles durant, l'essor prodigieux des Sciences, des Lettres et des Arts, des rives de l'Indus à ceux de l'Océan Atlantique et cela grâce à l'esprit de charité et de tolérance de la nouvelle foi et à la soif effrénée de connaissance qui s'emparera des Califes Omméiades et Abbassides à l'âge d'or de la civilisation arabo-islamique.

A l'instar de leurs Maîtres Grecs qui les ont précédés et des Encyclopédistes de la Renaissance qui furent leurs élèves, les savants arabes vont embrasser généralement toutes les branches de la connaissance.

En fonction des principes et fondements de la religion nouvelle et des diverses sources de culture et de civilisation auxquelles ils vont puiser, ils accorderont donc immanquablement aux choses de l'esprit une part constante et dominante dans la vie et la destinée des êtres humains.

La philosophie était alors si intimement liée à la médecine que le titre de *Hakim* (sage) s'appliquait indifféremment aux métaphysiciens (philosophes) qu'aux physiciens (médecins).

Tout au long des siècles, malgré la large part qu'ils accorderont à l'observation concrète des faits matériels, les médecins arabes resteront pour la plupart de grands philosophes qui enrichiront constamment le champ de leur expérience vécue par le fruit des spéculations les plus élevées.

Pour toutes ces raisons, la médecine de l'âme prit un remarquable essor chez les savants arabes. Mais ces derniers également attachés aux données des sens et de l'expérience, furent autant des psychosomatiques que de fins analystes alliant à la fois les conceptions synthétiques d'Hippocrate aux ana-

lyses précises de Galien auquel ils se référèrent d'ailleurs plus volontiers.

Leurs tendances habituelles, on dirait même leurs principes de base posaient comme un axiome intangible l'intrication constante des phénomènes physiques et spirituels, l'unité mouvante et diffuse de l'âme et du corps dans une dualité n'excluant pas une intimité permanente tout au moins en partie jusqu'au périssement du corps par la mort.

Il leur était donc impossible de verser dans un pur matérialisme mécaniste à la manière plus tard d'un Bichat ou d'un Laënnec et cela bien qu'ils se soient résolument attachés à la vérification constante des phénomènes par l'observation et les données des sens.

Organe de communication primordial, celui par lequel s'est exprimé la révélation divine dans le Coran, la langue, c'est-à-dire la parole, devait aussi jouer le plus grand rôle dans les relations interhumaines, et d'abord dans le soulagement des souffrances vécues. Et c'est là une des raisons qui commandera encore l'essor de la psychothérapie dans la médecine arabe.

II. — INSTITUTIONS

Parmi les tous premiers hôpitaux créés en terre d'Islam, l'Emir El Oualid Ben Abdemelik instituera l'asile de Damas (707 J.C.) dans le but d'y interner et d'y soigner les faibles d'esprit auxquels des donations charitables étaient réservées durant leur séjour et leur sortie éventuelle de l'établissement.

Ce fût ensuite le Moristan de Bagdad (765 J.C.), qui aurait été — le premier asile autonome connu dans le monde — réservé exclusivement aux malades mentaux. Il sera suivi bientôt dans toutes les grandes cités islamiques, d'établissements analogues qui par l'Egypte devaient gagner l'Afrique du Nord et de là l'Espagne et l'Europe.

Car ce sont les Frères Saint Jean de Dieu qui édifièrent au début du XV^e siècle à Valence, le premier asile européen sur le modèle de celui du Caire (1304) bâti un siècle plus tôt et lui-même inspiré du « Moristan » de Bagdad. Ils vinrent ensuite en France à la demande de Marie de Médicis, construire Charenton et la Charité de Senlis.

III. — MÉTHODES D'APPROCHE ET OUVRAGES DE BASE

Le grand essor de cette double médecine du corps et de l'esprit ne pouvait nécessairement qu'être

le fruit d'études théoriques et d'observations pratiques très fouillées.

Nombreux furent les traités, ouvrages, maximes, opuscules, épîtres les plus divers qui seront rédigés au cours de siècles par les savants arabes à propos des relations du corps et de l'esprit dans la triple perspective diagnostique, prophylactique et thérapeutique.

Déjà la médecine du Prophète réaffirmait avec vigueur l'unité psycho-somatique de la personne.

La diète est la base de tout traitement, l'intempérance est la cause de toutes les maladies, « la colère rend les corps malades ».

« Le meilleur d'entre vous est celui qui a reçu de Dieu la nature physique la meilleure », disait Mahomet.

A côté des règles hygiéniques très valables, les Hadith ou propos du Prophète, insistaient sur l'encouragement et la consolation spirituelle des malades, le rôle des talismans et recettes magiques, le mauvais œil.

A) EN ORIENT.

Aux premiers temps de l'Islam le règne des Califes Omméiades à Damas correspond généralement à l'étape des conquêtes.

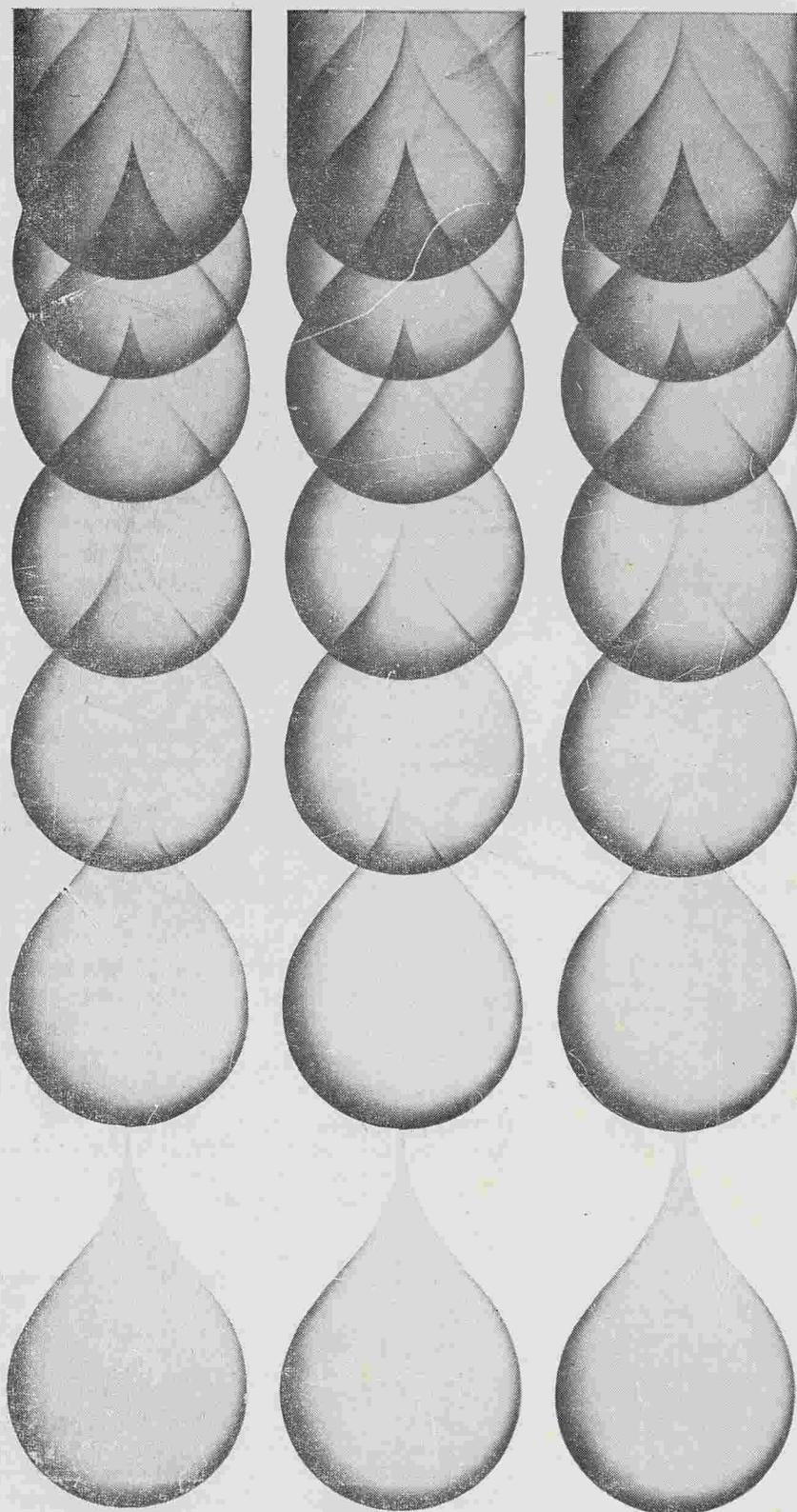
Dans le domaine de la théorie pure, plus d'un exemple illustre déjà dès cette époque l'esprit de curiosité scientifique et d'indépendance qui inspirait les savants de l'Islam.

Ainsi certains avaient pressenti beaucoup de vérités que les Temps modernes nous ont révélées.

Qu'en juge d'après cet aphorisme de l'Alchimiste Geber :

« Les différents corps sont composés des mêmes éléments, mais dans des proportions différentes », et encore d'après cette opinion audacieuse pour l'époque que soutiendra plus tard le médecin Najmedine Ibn Labudi à savoir, que « l'existence et la conservation du corps dépendent du sang et non des quatre humeurs comme le prétendent les philosophes et les médecins ».

Geber Ibn Hayân (702-765 J.C.) jettera toutefois le premier les bases de la chimie moderne, mais ses découvertes déboucheront pour le Moyen Age chrétien sur l'Alchimie avec comme corollaire une philosophie de la vie baignant dans le mystérieux et le surnaturel.



Hygroton[®] Geigy

diurétique oral d'effet
prolongé

1-oxo-3-(3'-sulfamoyl-4'-
chlorophényl)-3-hydroxy-
iso-indoline

Indications

Œdème cardiaque, rénal
orthostatique, trophique
Hypertension artérielle
Obésité par rétention
hydro-sodée
Syndrome prémenstruel

Contre-indication

Insuffisance rénale grave

Posologie

Traitements d'attaque et
cas graves : 1 à 2 comprimés
par jour en une seule
prise

Traitements d'entretien et
cas bénins : 1/2 ou 1 comprimé
tous les deux jours

Présentation

Comprimés à 100 mg
Tableau C
Etui de 15 comprimés P. cl. 7

S.S. -- Art. 115 - A.M.G.
Collectivités Publiques



Laboratoires Geigy
51-55 Bd Brune
Paris 14^e

Un siècle plus tard, *Avicenne* (980-1037 J.C.), le Prince des Savants, le « Maître par Excellence », et le plus célèbre d'entre les médecins d'expression arabe, sera, semble-t-il, celui qui dans ses démarches diagnostiques et thérapeutiques approfondira le plus les relations du corps et de la pensée.

Cela n'est pas pour étonner de la part d'un génie aussi phénoménal qui écrivit notamment vingt-quatre livres de philosophie générale, trente-et-un de métaphysique dont ce chef-d'œuvre au titre bien significatif qu'est le *Kitab Echifa* ou « livre de la guérison », enfin, vingt-deux ouvrages de logique et vingt-trois de psychologie.

Avicenne contribua à individualiser des maladies cérébrales comme la méningite et à délimiter des phénomènes de méningisme qui surviennent dans certaines affections aiguës.

Il décrivit les hémiplégies, l'apoplexie qui explique-t-il relève de la pléthora, contrairement aux opinions de Galien. Les paralysies faciales de type central et périphérique, enfin les tumeurs qui contrairement à l'avis des Anciens peuvent siéger dans le cerveau.

De fait, à *Avicenne* « psychologue », on doit de pertinentes analyses de la mémoire (de fixation et d'évocation), des obsessions, rêves, hallucinations, de la perception, des états cénesthésiques imaginatifs et passionnels et de bien d'autres troubles similaires.

Suivant en cela les traces d'*Hippocrate*, il considérait que la forme et l'aspect extérieur du corps ont toujours un sens. Toute difformité, tout manque ou tout supplément anatomique ont une raison d'être. Ainsi par l'étude physique du malade, son aspect, sa voix, comme par celle de son caractère et de ses talents, *Avicenne* obtenait souvent des renseignements aussi précieux que ceux que nous fournissent certaines de nos techniques d'investigation moderne (morpho-psychologie).

Après *Hippocrate*, *Refus d'Ephèse* et *Isaac Ibn Omrane*, *Avicenne* à son tour a repris l'analyse de la mélancolie dans son « *Canon* ».

Il rappelle très justement que « l'on a voulu attribuer plusieurs espèces de mélancolie à l'influence des démons, mais que cela ne les regarde pas ».

Il semble cependant, que les symptômes qu'il décrit avec une étonnante précision, débordent les cadres nosographiques actuels et touchent aux formes atypiques délirantes ou même schizophréniques.

Le troisième grand médecin persan d'expression arabe après Rhazès et *Avicenne* a été *Hally Abbas*, auteur du célèbre *Liber Regius* (*El Kitab El Mataliki*).

Dans cette œuvre admirablement ordonnée, écrite en une langue simple, concise et châtiée, et qui contraste avec le *Canon* d'*Avicenne* par son caractère très pratique, le premier discours a trait aux humeurs et aux tempéraments, le quatrième à la pratique des sports, les bienfaits du grand air, des bains, et du régime alimentaire.

A la même époque et toujours d'origine persane, *Abu Rayhān El Birūni* (973-1030 J.C.), l'un des plus grands hommes de science qu'ait produit le monde arabo-musulman a été hissé par les recherches récentes à la hauteur d'*Avicenne* lui-même et même au delà.

Astronome, géologue, historien et philosophe beaucoup plus que médecin, il s'efforcera de rapprocher les thèmes de la sagesse hindoue avec la philosophie platonico-thagoricienne d'une part et celle des ascètes Soufis en Islam d'autre part.

Toujours pour ce X^e siècle on ne peut oublier la figure d'*Abou El Hassan Ettabari*, originaire du Tabaristan, qui distinguera dans la préface de « son livre des traitements », deux catégories de médecins :

Les premiers, ceux qui ne sont pas des philosophes et se contentent de soigner le mal sans plus, restant démunis de culture et du véritable savoir et par contre ceux qui ne se limitent pas au cadre de leur pratique quotidienne et sont autant philosophes que praticiens.

Beaucoup plus marquante sera la figure d'un astronome, opticien et physicien de génie, *Ibn E' Haytham* (L'*Alhazen* du Moyen-âge) qui vécut à cheval sur le X^e et XI^e siècles et écrivit quant à lui un célèbre traité à propos des effets de la musique sur les hommes et les animaux.

Par contre, *Ibn Jiezla*, le fameux auteur des Tables de la Santé : *Takouim El Abdane* (2^e moitié du XI^e siècle), opposait les vertus de la musique sur la seule santé de l'esprit à celles des médicaments qui n'ont d'action que sur le corps.

Au XII^e siècle, on doit citer enfin, *Abdelatif El Bagdadi* (1262-1231), anatomiste, et lointain précurseur de *Darwin*, à qui on doit de nombreux ouvrages de psychologie comparée et des écrits sur le langage et les fonctions des organes des sens.

Les grandes écoles médicales arabes étaient réputées à l'époque pour leurs vastes bibliothèques et leurs hôpitaux modèles, remarquablement organisés pour l'enseignement clinique au lit du malade.

Tout médecin digne de ce nom se devait de soumettre son patient à un interrogatoire et à un examen complet consigné systématiquement dans un registre et comprenant outre l'étude des signes physiques toute l'anamnèse et la connaissance du mode de vie du malade et de son milieu.

Voici comment s'exprimait le médecin *Ali Ibn Radwan* qui exerçait au Caire au XIII^e siècle :

« *Informe-toi de la disposition d'esprit du patient. Pose-lui un certain nombre de questions et efforce-toi de découvrir si ses réponses sont raisonnables ou non. Ordonne-lui de faire un certain nombre de choses pour contrôler ses facultés intellectuelles et sa docilité, ainsi sauras-tu si tu peux compter sur une exacte observation de tes prescriptions. Efforce-toi de connaître la nature de son caractère, de savoir ce qui le stimule et ce qui le déprime.*

B) EN OCCIDENT :

Correspondant à cet essor sans précédent de la médecine en Orient, à l'extrême occidentale du monde arabe (Andalousie et Maroc), les sciences médicales s'enrichiront aussi du XI^e au XIII^e siècle de l'apport original de savants de génie.

L'illustre clinicien *Avenzoar* de Cordoue (1101-1161 J.C.), qui eut l'originalité de ne pas verser comme tant d'autres dans la philosophie disait néanmoins dans son livre de « la confortation des âmes et des corps » : « *la médecine des corps est bien connue, mais celle des âmes est bien plus noble et plus importante.* »

A côté de lui, son ami et disciple *Averroès* (1126-1198 J.C.), médecin et philosophe rationaliste, à l'audace sans précédent, auteur d'un traité sur l'accord de la médecine et de la philosophie proclamait que « *le monde ne possède d'existence que dans la mesure où l'esprit le comprend.* ».

Il ajoutait cette phrase célèbre d'où sortira tout l'Humanisme de la Renaissance : « *O hommes : Je ne dis pas que cette science que vous nommez science divine soit fausse, mais je dis que, moi, je suis sacheur de science humaine.* ».

A la même époque, toujours à Cordoue, *Ibn Hazm*, moraliste, sociologue, philosophe platonicien

et poète de l'amour, écrira un fameux traité sur « les caractères et les comportements ».

Natif aussi de Cordoue et ayant partagé sa vie entre l'Espagne, le Maroc et l'Egypte, *Mäïmonide* (1135-1204), le chef spirituel du judaïsme au Moyen-âge compte parmi les médecins qui exercèrent leur génie à travers la langue arabe.

De tous ses ouvrages, nous citerons le livre d'hygiène dédié au fils ainé de Saladin, intitulé « sur le régime de la santé » et dont le troisième chapitre contient un cours complet sur l'hygiène de l'âme avec citations des œuvres philosophiques d'Aristote et d'El Faraby.

« *La guérison, disait Mäïmonide, est le retour à un équilibre antérieur momentanément perturbé par la maladie et auquel on doit parvenir de nouveau non seulement par les ressources du corps, mais par les facultés de l'esprit.* ».

Avec *Isaac Ibn Omrane*, à la fin du IX^e siècle, la médecine et la philosophie avaient fait leur apparition au Maghreb. Le premier grand médecin de l'Ecole de Kairouan, nous a légué un travail magistral sur la mélancolie, dont l'unique manuscrit se trouve à Munich, et qui, contrairement aux précédentes études de Rufus d'Ephèse déborde le cadre hypocondriaque de la maladie pour traiter de manière complète la question.

L'Ecole de Kairouan devait cependant s'illustrer davantage avec *Abou Djaafer Ahmed Ibn Jazzar*, l'auteur de *Viaticum* ou « *Provision du voyageur* », ouvrage qui fut traduit en latin par *Constantin l'Africain* et dont le premier tome du traité concerne les maladies cérébrales, migraine, apoplexie, épilepsie, tremblements, spasmes, un chapitre sur l'insomnie, un autre sur le mal d'amour.

Ibn El Jazzar écrira aussi un ouvrage médico-pédagogique inédit sur l'éducation des enfants, enfin un opuscule sur l'âme et la divergence des Anciens sur elle, et un traité sur les rythmes de l'état de veille et de sommeil.

C'est ainsi que les grands courants médico-philosophiques continuèrent à circuler d'Orient en Occident jusqu'au XIII^e siècle.

Après la prise de Bagdad par les Mongols un coup d'arrêt est imposé à l'essor de la civilisation islamique encore que des lueurs continuèrent à briller ici et là.

Parmi la famille des *Essakaly* qui a monopolisé la médecine à Tunis durant deux siècles on doit en-

médication de l'efficience intellectuelle

jevet kraemer



LÉVOGLUTAMINE HOUDÉ

- surmenage professionnel et scolaire
- déficiences psychiques congénitales ou acquises
3 comprimés par jour pendant 15 à 20 jours

- alcoolisme : sevrage simple, confusion mentale, prédélirium
6 à 18 comprimés par jour
- séquelles de traumatismes crâniens
10 à 15 comprimés par jour

flacon de 60 comprimés dosés chacun à 40 mg de monoamide de l'acide L-glutamique

laboratoires houdé 15 rue olivier métra paris 20 tél. 797.51-09

Arabes légueront néanmoins à l'Occident la plupart de leurs instruments de musique.

On comprend donc que passés maîtres dans la musicologie, les savants arabes aient été amenés à l'utiliser si largement pour distraire et apaiser les tourments de leurs patients et en premier lieu des plus malheureux d'entre eux, à savoir les malades mentaux.

Les salles de jeux et de distractions, les concerts de musique n'étaient pas seulement tenus pour les malades mentaux, mais aussi dans les hôpitaux généraux pour tous les malades sans distinction.

Certains médecins en arrivaient même à classer les différents tempéraments de leurs patients en fonction de leur réactivité à tel ou tel mode musical, à telle ou telle mélodie. Ils adaptaient leur thérapeutique en conséquence dans de nombreux cas de maladies internes

Sait-on assez de nos jours que les études expérimentales de Pavlov sur les différents types nerveux ont redonné dans le cadre de la pathologie dite cortico-viscérale une vigueur nouvelle à cette concordance ?

C'est ainsi que les techniques de distractions, de jeux, d'exercices physiques par le sport, les concerts de musique offerts si largement aux malades mentaux deviendront presqu'un adjuvant thérapeutique nécessaire et de routine. Rhazès préconisait les jeux d'échec pour les déprimés mélancoliques — Avicenne dosait l'exercice de l'activité physique — dans l'occupation et le sport, en fonction de la nourriture et du sommeil.

A sa suite, les praticiens arabes utiliseront largement les bains chaudes, tièdes et froides et même la douche écossaise, à telle enseigne que la balnéothérapie résumera pratiquement l'essentiel des soins dont bénéficieront les malades mentaux jusqu'au XX^e siècle.

Ancêtres des techniques modernes de convulsivothérapie, les méthodes de choc brutales, mais parfois efficaces étaient utilisées par beaucoup dans certains cas de stupeur, d'agitation ou de névrose hystérique.

Ainsi, Avicenne recommandait-il les coups de verges et l'exercice de la balançoire dans la mélancolie.

Ailleurs et dans de nombreux cas de maladies internes — la psychothérapie soutenue ou non par

un moyen physique ou chimique était souvent pratiquée avec succès.

Ainsi des fumigations, des vapeurs odorantes, des châtouillements ou *du torpillage électrique* par le poisson du même nom dans les états hystériques ou apparentés.

Ce qu'on appelle aujourd'hui *la psychopharmacologie* a été connue de tous temps et les Arabes grâce à la richesse considérable de leur pharmacopée la hisseront pour l'époque à des degrés jamais atteints.

Alors que les Grecs considéraient l'opium comme très dangereux, ne l'employant que très rarement, les médecins arabes en étendront les applications, notamment comme sédatif puissant pour provoquer le sommeil chez les nerveux.

Ils connaissaient l'effet de l'ergot de seigle qui, dit Ibn El Beytar, est un violent poison provoquant, entre autres, des troubles de l'intelligence. Parmi les médications agissant sur le système nerveux les Arabes individualiseront l'aconit, le chanvre indien et l'ambre.

Toutefois, l'emploi de cette riche pharmacopée était généralement prudent et mesuré. Rhazès et Avenzoar ne se lassaient pas de répéter que l'usage abusif des remèdes loin de conserver la santé met au contraire l'organisme en état de moindre résistance.

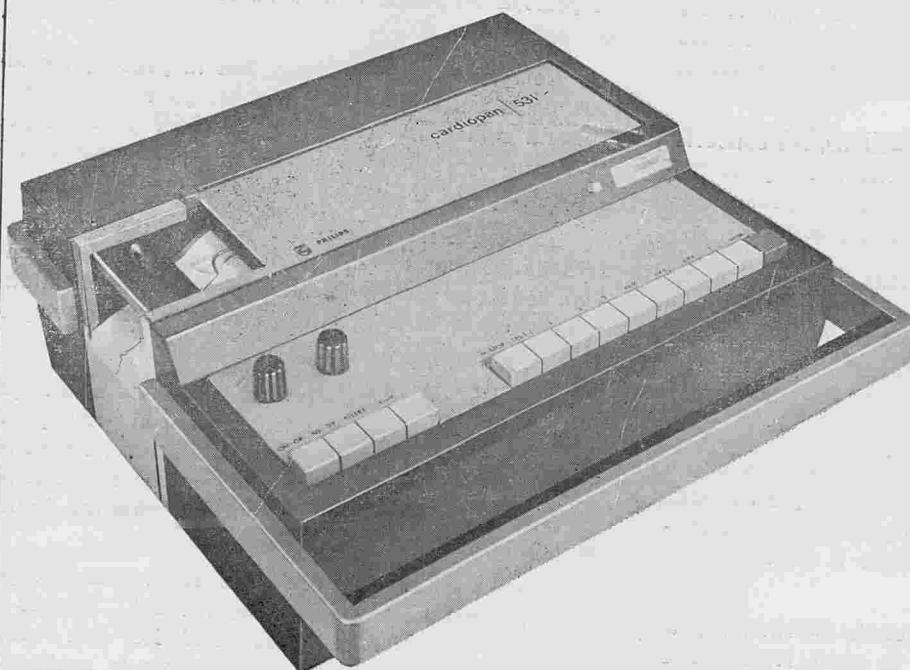
Ainsi cet aphorisme célèbre de Rhazès : « Chaque fois que tu peux guérir avec les aliments, n'emploies pas les médicaments et chaque fois que tu peux prescrire un médicament simple, n'ordonnes pas un médicament composé ».

Le conditionnement des drogues enrobées dans de minces feuillets d'or et d'argent prit un grand essor depuis Avicenne, le premier à avoir pensé à doré la pilule au sens propre et figuré.

A la faveur de la théorie grecque des quatre humeurs et des conceptions de la pluralité des souffles vitaux imprégnant les différents organes dans une interaction permanente avec le macrocosme extérieur, les Arabes développeront considérablement l'*organothérapie* et l'*opothérapie*, dont on sait aujourd'hui les puissants effets sur l'amélioration ou l'aggravation de nombre de troubles psychiques.

C'était d'ailleurs la théorie humorale qui exerça son influence à travers toute l'Europe durant des siècles jusqu'au grand Pasteur qui révéla les vérités

Cardiopan 531 Massiot Philips



Nouvel électro-cardiographe portatif.
De présentation sobre et élégante,
entièrement transistorisé
il fonctionne sur batterie rechargeable.
Sans terre ni cordon secteur
Autonomie 3 heures
Enregistrement sur
papier thermo sensible.

Deux vitesses : 25 et 50 mm/s
Deux sensibilités : 10 et 5 mm/mV.
Un filtre pour les tremblements
musculaires,
les dérivations d'Einthoven,
de Goldberger et de Wilson.

Le Cardiopan 531 MASSIOT-PHILIPS
est un appareil fidèle et robuste,
livré avec housse de protection
comportant une poche à accessoires.
Le Cardiopan 531 est idéal
pour le service hors du cabinet.

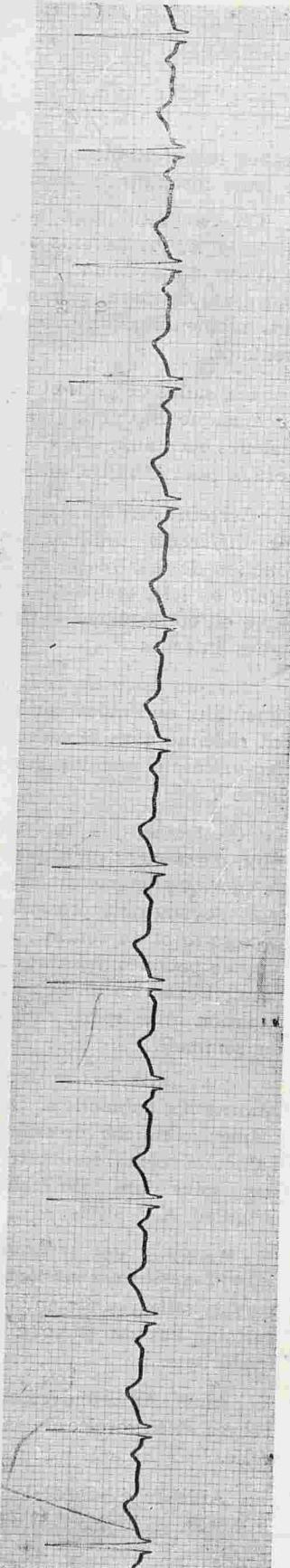
société anonyme

MASSIOT PHILIPS

matériel médical

ROUTE DE BEZONS
78 CARRIÈRES-SUR-SEINE (YVELINES)
TELEPHONE 968 4000

MASSIOT PHILIPS TUNISIE
15 RUE DU 18 JANVIER 1952
TUNIS



tables causes de tant de maladies jusque là inconnues. Et peut-on reprocher aux médecins arabes de s'être contentés des théories des Grecs alors que les recherches récentes nous ramènent de nos jours à la théorie humorale à laquelle nous donnons d'autres noms et que nous analysons il est vrai avec plus de finesse et de précision ?

V. — DECLIN ET RENOUVEAU

Cependant, l'assistance arabe aux aliénés en avance sur le reste du monde du VIII^e au XIII^e siècle n'a plus fait de progrès depuis cette date; elle devait au XV^e siècle sombrer définitivement dans le charlatanisme.

Les superstitions et légendes entourant l'aliéné, ressusciterent dans l'esprit des classes pauvres et ignorantes avec la déchéance des connaissances médicales et la perversion des principes religieux.

Les Moristans tombèrent peu à peu tous dans un état déplorable, encore qu'il s'en crée de nouveaux, par exemple à Tunis, celui édifié par Hammouda Bacha en 1663 et en 1775 la Tekia (hospice charitable), lointains et pâles reflets des Bimaristans turcs.

En effet, à la suite des nombreux hôpitaux fondés par les Turcs Seldjoukides au XIII^e siècle et qui possédaient tous des pavillons réservés aux malades mentaux, Mehmet II le Conquérant avait construit à Istanbul, en 1470, un asile d'aliénés remarquable au double point de vue de l'architecture et de l'organisation à telle enseigne que le grand psychiatre français Moreau de Tours qui le visita en parle comme du modèle des hospices, celui qui se rapprochait le plus de l'idéal d'Esquirol.

Déjà à Tunis, au début du XVIII^e siècle, la princesse Aziza Othmana, petite fille d'Othman Dey, avait légué son immense fortune à des œuvres charitables et dispensera de larges dotations aux malades et nécessiteux, et en premier aux aliénés à l'intention desquels des distractions et concerts furent tenus jusqu'à une époque récente.

Au Maroc, l'Hospice de Sidi Frej à Fez datant des princes Mérinides abritait depuis le XIV^e siècle les aliénés grâce à de riches donations qui permettaient déjà au médecin andalou Frej El Khazraji (lequel donna son nom à l'Hospice), d'apporter à ces malheureux soulagement et réconfort, par le truchement des concerts de musique et de diverses acti-

vités récréatives et cela au moment même où en Europe l'on brûla le plus de sorciers.

D'après les psychiatres Lwoff et Sérieux : « il y avait encore en 1911 à Tanger, Arzila El Arrach, El Ksar, Fez, Rabat, Salé, Casablanca, des établissements de bienfaisance où étaient recueillis les malades indigents, les vagabonds et les aliénés ».

Cependant, avec la rentrée en force de l'astrologie, de la sorcellerie et des croyances aux talismans et sortilèges, la médecine mentale comme la médecine tout court avait peu à peu et inéluctablement périclité dans le culte des « Santons », des « Derviches » et des « Marabouts ». Et comme le dira si bien le R. P. J. Magnin :

« Entre une tradition authentiquement scientifique à ses origines, mais amoindrie par le temps et un savoir-faire empirique souvent entaché de magie, la distinction deviendra toutefois et dans l'ensemble de plus en plus difficile à opérer d'autant que les deux courants ont de tous temps interférés jusqu'à nos jours, le second reprenant d'autant plus de vigueur au fur et à mesure que s'épuisent les sources du premier ».

Pourtant dans la première moitié du XIII^e siècle le grand médecin algérien Abderrazak El Jazaïri fera honneur à ses prestigieux devanciers. A une époque où le monde arabe baignait dans l'ignorance et les superstitions, ce clinicien très pragmatique, auteur du *Kechf Erroumouz ou Résolution des Enigmes*, n'accordait aucun crédit et ne faisait aucune allusion aux croyances superstitieuses, ni aux signes cabalistiques, ni même aux invocations mystiques.

Il faudra attendre le XIX^e siècle pour sentir les faibles prémisses du renouveau actuel que va fatalement provoquer par une espèce de choc en retour le contact avec l'Occident.

Aujourd'hui, qu'un immense courant réactualise la perspective psycho-somatique en médecine, les médecins arabes contemporains pourront désormais en suivre les méandres d'autant plus aisément que leurs ancêtres, marchant eux-mêmes sur les traces de la noble tradition hippocratique, en ont déjà admirablement précisé l'orientation.

En fin de compte, en se penchant sur « le style » et les acquisitions de cette vieille « médecine de l'Ame » chez les Arabes, on ne peut que rendre hommage à la finesse et à la perspicacité de ses habiles artisans dont le patient labeur apporte de nos jours une nouvelle confirmation de la justesse et de la perennité de la médecine néo-hippocratique des temps modernes.

la solution azotée injectable la plus riche en azote

ALIMENTATION
PARENTERALE



TROPHYSAN

FORMULE TROPHYSAN GLUCIDIQUE 50 : *DL*-tryptophane 0,80 g • *L*-arginine (monochlorhydrate) 1 g • *DL*-thréonine 1,35 g • *DL*-isoleucine 1,35 g • *DL*-valine 1,85 g • *DL*-phénylalanine 1,85 g • *DL*-leucine 2,15 g • *DL*-méthionine 2,20 g • *L*-lysine (monochlorhydrate) 3,34 g • Glycocolle 25 g • Inositol 1 g • Sorbitol 49 g • Chlorhydrate de pyridoxine 0,03 g • Amide nicotinique 0,05 g • Acide ascorbique 0,50 g • Chlorure de cobalt 0,002 g • Chlorure de manganèse 0,002 g • Bicarbonate de potassium 0,70 g • Chlorure de sodium 0,15 g • Hydro sulfite de sodium 0,30 g • Chlorure de potassium 0,07 g • Eau distillée apyrogène Q.S. 1000 ml.

CONTRE-INDICATIONS : Insuffisance cardiaque - Edèmes rénaux - Comas hyperammoniémiques.

POSOLOGIE.

Perfusion intraveineuse.

Chez l'adulte : 500 à 2.000 ml

Chez l'enfant : 30 ml par kg de poids (forme TROPHYSAN Simple et TROPHYSAN Glucidique 50 seulement).

Voir les conditions de ventes sur notre tarif "HOPITAUX"

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE S.A.

PRÉSENTATIONS.

Flacons de 500, 250 et 100 ml

Prix public : classes 9 à 30

Remb. S.S. 90 %

Admis par les Collectivités et l'Assistance Publique,

égiC

B.P. 172 - 45-MONTARGIS, FRANCE

Perspectives de la psychosomatique en médecine (1)

par le Docteur B. LUBAN-PLOZZA,

Privat Docent de la Faculté de Médecine de Milan.

L'expression « médecine psychosomatique » désigne une conception particulière de l'exercice et de l'enseignement de la médecine. Elle est aussi applicable à la recherche scientifique. Cette conception considère le malade comme un « être humain en situation », pour emprunter le langage des philosophes, et non pas un « cas ». REISER parle de l'emploi de nos connaissances psychologiques dans le diagnostic et le traitement de la maladie. Cette même expression désigne un groupe particulier de maladies où les facteurs psychologiques jouent un rôle étiologique important à côté de facteurs pré-disposants.

I. — Développement de la médecine psychosomatique.

Si le nombre des publications représente l'intérêt que peut porter le public médical à ce chapitre, il est intéressant de rappeler que FLANDERS DUNBAR citait dans son livre « Emotion and Bodily changes » en 1954, pas moins de 5.000 travaux de psychosomatique. Aujourd'hui, ce chiffre a presque doublé, mais les auteurs de ces travaux ne sont plus seulement des psychanalystes comme il y a dix ans. L'intérêt pour la médecine psychosomatique n'a donc cessé de s'accroître.

La perspective ici est double, il faut établir d'abord un diagnostic somatique aussi précis que possible. Certes la mesure du taux du cholestérol et des transaminases, les démonstrations radiologiques ou histologiques n'engagent pas personnellement le médecin, mais ces résultats objectifs le rassurent tandis qu'ils redoute un engagement plus personnel dans l'appréciation des conflits qui sont à l'origine des troubles fonctionnels de son malade et qui ne lui paraissent pas mesurables. C'est la seconde perspective.

(1) Conférence faite à Tunis lors des journées de Neuro-Psychiatrie tenues du 20 au 22 sept. 1967 sous les auspices de la Société Tunisienne de Psychiatrie et d'Hygiène mentale et de la Société Tunisienne des Sciences Médicales.

Les émotions constituent des réactions affectives, intellectuelles et somatiques profondément intégrées. Elles impliquent la participation non seulement du système nerveux central, mais aussi de tout l'organisme, surtout des organes creux.

« Les émotions ont à la fois un aspect psychique et un aspect physique (SHERRINGTON) : cette implication est valable aussi bien pour les modalités expressives des phénomènes émotifs que pour la qualité des stimulations qui les provoquent » (CAZZULLO).

Il y a tant de patients qui ne présentent pas de maladie localisable et sont pourtant malades. Devant de nouvelles tâches qui augmentent chaque jour, le médecin doit acquérir de nouvelles attitudes et des méthodes d'approche autres qui l'aideront en face de ses malades.

TROUSSEAU déjà vers 1830 décrit une crise d'asthme « psychosomatique » : l'attaque d'asthme la plus sévère que j'ait jamais éprouvée s'est produite dans les circonstances suivantes : je soupçonnais mon cocher de quelque infidélité. Pour m'assurer du fait, je montai un jour dans le grenier où je fis mesurer la provision d'avoine. En me livrant à cette opération, je fus pris tout à coup d'un accès de dyspnée et d'oppression tel.. C'est que sous l'influence de l'émotion morale qui déterminait chez moi l'idée d'un vol domestique, quelque peu important que fut ce vol, mon système nerveux était ébranlé, et une cause très petite en elle-même avait agi avec une excessive intensité ».

La recherche scientifique s'applique à préciser la notion de trouble psychosomatique. Le rapport de 1964 du Comité de l'Organisation Mondiale de la Santé cite entre autres techniques d'observation et d'expérimentation les tests psychologiques, les expériences de psycho-physiologie du développement, les évaluations thérapeutiques, l'épidémiologie.

Pour ce dernier point, nous n'avons pas relevé de statistiques dans une population homogène à l'exception d'une étude nord américaine très détaillée sur l'épidémiologie de l'ulcère gastrique et

duodénal avec recherche des relations entre les symptômes, les facteurs démographiques et sociaux.

Les variables culturelles ont là encore un intérêt considérable. Leur importance a largement été déjà soulignée chez vous par Sleüm AMMAR, dans un chapitre consacré à la psychosomatique transculturelle où il affirme : « l'africain est véritablement l'être bio-psycho-social dans la pleine et totale acceptation du terme dont les trois composantes souvent scindées chez l'homme occidental sont chez lui intimement fusionnées au point d'être inséparables. »

Plus que jamais en Afrique et si l'on se réfère au sens général et exhaustif du terme, la psychosomatique domine toute la pathologie s'inscrivant à l'évidence dans l'existence même de l'individu malade ou bien portant ».

Dans cette perspective pourtant, il est difficile sur le plan de la recherche de distinguer les troubles sociaux des interférences du milieu avec la personnalité. Néanmoins, l'importance de ces études comparatives apparaît si grande qu'elle justifie bien des efforts même si les résultats ne doivent être qu'approximatifs. J.H. SCHULTZ qui a fêté son 80^e anniversaire déclarait qu'il y avait là du travail pour les 50 ans à venir.

Il serait souhaitable de pouvoir déterminer les réactions végétatives individuelles, propres aux différentes émotions. On n'en est pas encore là. Peut-être s'agit-il même de deux plans qui ne se superposent pas. Cette tâche incombe plus souvent au médecin praticien, officier en première ligne par rapport aux officiers d'Etat major qui siègent dans les cliniques.

II. — L'approche médecin-malade :

Par son simple contact, par son attitude, par son influence personnelle, le médecin peut, doit, s'approcher du malade et l'aider.

En effet, il y a un élément psychologique à apprécier chez tout malade et pas seulement dans les maladies dites psychosomatiques. Chaque individu, malade ou bien portant, est toujours une unité corps-esprit.

Certains psychosomatiques actuels regrettent le terme psychosomatique composé de deux mots. C'est la raison pour laquelle beaucoup de médecins aussi hésitent à employer le terme « psychosomatique ». De la même façon qu'il tient compte des facteurs

génétiques de l'hérédité de son patient, le médecin devrait toujours envisager ce dernier comme un ensemble psychosomatique.

L'interniste aujourd'hui tend lui aussi à se soucier de la perspective psychosomatique. S'il se préoccupe de la kaliémie, il néglige par contre les relations du malade avec sa femme, son patron etc... Et pourtant une vision plus profonde de la vie affective du malade serait profitable pour bien comprendre les sentiments et les expériences du malade, la signification de ses gestes, les inflexions de sa voix et ses silences prolongés.

Souvent nos résultats thérapeutiques seraient meilleurs si nous pouvions établir un contact direct avec le malade, risquer de l'affronter en tant qu'individu et non en tant que cas anonyme.

Le médecin peut soulager son patient en l'écouter, il doit jouer le rôle d'un miroir en permettant à ce dernier d'exprimer non seulement le symptôme mais aussi sa manière d'être au monde, ses relations affectives, son aggressivité, son besoin de dépendance. BALINT me conseillait dans un cas particulièrement difficile : « asseyez-vous et écoutez bien ».

Le symptôme tel qu'il est « présenté par le malade au médecin est toujours important pour lui sur un plan affectif et non seulement sur un plan organique. Si parfois c'est le symptôme qui contribue à faire un diagnostic, souvent c'est le diagnostic qui valorise les symptômes. C'est dans la conception classique le triomphe du symptôme auquel on donne une valeur de signification alors qu'il n'est tout au plus qu'un signe. On tend à confondre le symptôme et la maladie et, en réalité, la valeur significative du symptôme ne peut apparaître qu'en tant qu'expression d'un ensemble » (AJU-RIAGUERRA).

STAROBINSKI affirme « qu'il est nécessaire de prêter une grande attention à la neutralisation ou à l'exagération imaginative des « petites douleurs » qui constituent le bruit de fond de l'existence. La perception naturelle du corps est une fonction complexe où, par l'effet des influences culturelles, l'imagination revendique sa part ».

Il y a des patients qui ont le désir d'être explorés « à fond » ils ont besoin de la vision du médecin « ingénieur de l'homme » qui leur fait subir continuellement des examens hématologiques, des radiographies, des électrocardiogrammes, etc.. ils veulent le « gros dossier » où s'accumulent les do-



51, Av Charles NICOLLE
El-Menzah
TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

NEOFUNGINE

Composition

Triamcinolone Acétonide	0,010 g.
Néomycine	0,025 g.
Nystatine	1.000.000 u.
Excipient q.s.p.	10 gr.

Propriétés

Anti-inflammatoire par l'Acétonide de Triamcinolone.
Anti-microbien par la Néomycine.
Anti-fongique par la Nystatine.

Indications

Dermites eczématiformes — Pyodermites — Déshydrose
Prurits ano-génitaux.

Présentation

Tube de 10 g.



51, Av Charles NICOLLE
El-Menzah
TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

CHLORAMPHENICOL B 12

- Comprimés dragifiés
- Poudre aromatisée

COMPOSITION

Comprimés

Chloramphénicol	0,250 gr
Vitamine B12	100 meg
Excipient Q.s.p.	1 comprimé

Poudre

Chloramphénicol palmitate	13 g
Vitamine B12	0,003 g
Excipient aromatisé Q.s.p.	100 g

PROPRIETES

- L'association du chloramphénicol et de la vitamine B12 assure
- Une protection contre les effets secondaires, gastro-intestinaux et cutanés-muqueux
- Une stimulation des défenses de l'organisme

INDICATIONS

- Infections générales, infections méningées
- Infections de l'appareil digestif, respiratoire et urinaire
- Maladies à virus

POSOLOGIE

Suivant la prescription médicale :

Dragées : 4 à 12 comprimés par jour.

Poudre aromatisée orale.

Enfants (moins de 15 ans) 50 mg de chloramphénicol palmitate par kg de poids et par jour.

Nourrissons (moins de 30 mois) : 50 à 100 mg de chloramphénicol palmitate par kg de poids et par jour.

N. B. 1/3 cuillères-mesure correspondent à environ 253 mg de chloramphénicol palmitate.

Répartir en 3 à 4 prises régulièrement espacées.

PRESENTATIONS

Flacon de 12 comprimés dragéifiés.

Flacon de 20 g de poudre aromatisée orale.

TABLEAU «C»

cuments physiques et cliniques. Il y a une autre catégorie de malades qui attendent le sorcier magdalénien, le personnage autoritaire possédant une sorte de pouvoir sacré. Ce sont les mêmes (quelle que soit leur formation) qui consultent les guérisseurs (GUENIOT).

Nous connaissons tous des patients qui désiraient avoir « sans cesse un lavement ou une médecine dans le ventre ». L'approche psychosomatique, tout comme les rapports entre conjoints, devrait être appliquée « pour les bons comme pour les mauvais jours ».

C'est surtout le médecin de famille qui fait de la médecine « intégrale » (comme le Bourgeois Gentilhomme faisait de la prose sans le savoir). C'est ce médecin qui est toujours présent et pourrait assurer non seulement la guérison des maladies, mais aussi on l'espère, leur prévention. P.B. SCHNEIDER a posé le problème en disant que « médecine scientifique, problèmes psycho-sociaux du praticien : ces deux aspects de notre art de guérir ne s'opposent pas, comme on le croit trop souvent. Ils sont en fait complémentaires et se recouvrent tout de même en partie ». Il ne faut pas qu'il y ait deux médecins, celui qui est verbal, qui traite le néocortex et celui qui est « savant » mais un seul médecin préparé à sa tâche scientifique et humaine. Dans ces conditions, lorsque nous sommes incapables d'offrir des solutions adéquates, à un malade « psychosomatique » nos connaissances et notre honnêteté devraient nous inciter à trouver pour ce type de malade une autre solution thérapeutique qui est l'apport d'un psychothérapeute.

III. — Tâches du médecin dans la perspective psychosomatique :

Les nouvelles concernant la santé nerveuse de l'homme du XX^e siècle deviennent de plus en plus inquiétantes ? Parmi les « vertiges du présent » (P. GASPAR) citons que sur deux cent mille étudiants français, un tiers présente des déficiences psychologiques alors que cinq mille sont en traitement psychothérapeutique. Sur les 145 étudiants qui n'ont pas pu suivre leurs cours à Oxford pendant un trimestre, la moitié recherche l'aide du psychiatre. En Italie, des statistiques confirment que, dans de grandes usines, les accidents d'origine psychologique atteignent 40 %. Dans les dispensaires d'hygiène mentale de Paris, plus de 30.000 personnes défilent chaque année. Une enquête effectuée chez les téléphonistes de cette ville a permis d'appren-

dre qu'un certain nombre d'entre elles avait décidé, avec leur mari, de ne pas échanger un seul mot, pendant la demi heure suivant le retour à la maison, afin d'éviter, selon l'expression d'une de ces femmes, « qu'il ne se produise des étincelles ».

Selon le « Deutsches Institut für Demoskopie » 38 % des habitants de la République Fédérale Allemagne ayant dépassé 65 ans souffrent d'insomnie. Mais pour les personnes au dessous de 30 ans, ce chiffre est déjà de 12 %.

Nous subissons de plus en plus l'agression du bruit, en particulier la nuit, ce qui donne à penser que nous dormons le corps éveillé. Il se fait ainsi dans notre organisme des modifications chimiques puisque, par exemple, le bruit complexe émis par certains moyens de transport provoque, chez 75 % des sujets, des variations du taux de potassium sanguin.

Les médecins soulignent l'augmentation croissante des troubles psychiques, entre autres parmi les femmes de 50 ans chez lesquelles ils ont tendance à retrouver comme mode d'expression une régression, qui est très fréquemment une régression orale que l'on pourrait appeler « des petits gâteaux ». Pourtant Balzac avait écrit un roman sur la « femme de 30 ans » en disant qu'elle était « vieille ». Les travaux modernes montrent bien qu'à 60 ans on n'est pas « vieux ». Nous avons ainsi gagné 30 ans et beaucoup d'espoir..

On met tellement la note sur les vertiges de la vie moderne qu'on en vient à oublier que l'homme a toujours été le même « sujet de contradiction ». On peut penser ici à ce que Jacqueline PASCAL écrivait à son illustre frère, en janvier 1655, lui confiant combien elle avait éprouvé que le régime de l'âme guérit le corps.

PIRANDELLO soulignait dans une de ses pièces de théâtre que les faits sont comme des sacs. S'ils sont vides, ils ne tiennent pas debout. Pour qu'un fait tienne debout et qu'il ait un sens, il faut d'abord y faire entrer les motifs et les sentiments qui l'ont provoqué. Ainsi la biologie discourt sur la sagesse du corps. (J.P. SCHALLER). Il faut en effet beaucoup de sagesse pour que notre cerveau reçoive les deux mille litres de sang dont il a besoin par jour, pour que notre globe oculaire soit à l'aise avec ses trente millions de cellules photosensibles et pour qu'il y ait de l'équilibre dans nos quinze milliards de cellules cérébrales.

Qu'en est-il du malade désemparé qui vient nous dire « je n'ai pas de répit... Vous savez ce que c'est... les affaires... je n'ai pas le temps... je vis sur mes nerfs... ?

Dans ses recherches physiologiques sur la vie et la mort, BICHAT, vers 1830, établissait déjà des corrélations cortico-viscérales : « L'impression vive ressentie au pylore dans les fortes émotions... les vomissements spasmodiques qui succèdent tout à coup à la perte d'un objet cher, à la nouvelle d'un accident funeste, à toute espèce de trouble déterminé par les passions... tout cela n'indique-t-il pas le lien étroit qui enchaîne l'état des passions à celui des viscères de la digestion ? »

Des interactions psychosomatiques étaient décrites par MONTAIGNE qui connaissait « l'étroite couture de l'esprit et du corps s'entre-communiquant leur fortunes ».

BOSSUET ne voulait pas qu'on s'arrête « à épucher tout avec inquiétude » mais nous invitait à la relaxation, si prônée aujourd'hui, en nous faisant une règle « de ne pas nous accabler parce que l'accablement jette dans la précipitation : ce qui est très dangereux pour les âmes ».

On pourrait se demander pourquoi on insiste actuellement sur la médecine psychosomatique, puisque en l'an 400 avant Jésus Christ, Socrate conseillait : « De même que vous ne devrez pas essayer de traiter les yeux sans la tête, ou la tête sans le corps, de même vous ne devez pas soigner le corps sans l'âme ».

Peut être s'agit-il d'un besoin toujours plus conscient du médecin, qui le pousse à réassembler l'homme somatique et l'homme psychologique et à se pencher vers l'être humain sous le signe de la rencontre. Jean DELAY affirme que « dans l'ensemble, le mouvement psychosomatique cherche à dépasser une médecine des organes, de plus en plus spéciale et locale, au profit d'une médecine générale de l'organisme ».

IV. — Retour à l'humain :

KARL JASPERS dit « le médecin, lui veut rester humain, en ne perdant jamais conscience de l'infinitude de chaque homme en particulier. Au seuil de ses 85 ans, ce philosophe et psychopathologue nous confiait qu'il continue à se rallier aux mots de Francis PEABODY : « le secret de tout traitement consiste à se préoccuper du malade ». Mais non pas dans le sens de trop systématiser et méthodologiser, en atteignant une « spontanéité

technique » qui permet de s'approcher du malade avec un bagage de notions suffisant, mais aussi avec une personnalité suffisamment ouverte à tout ce qui est humain. C'est dans le colloque singulier et privilégié entre le médecin et son malade que prend une signification toute particulière le rapport s'établissant entre ces deux personnes.

Le côté psychosomatique de cette entrevue fut souligné en premier par F. DEUTSCH, élève de FREUD, en 1922, et n'a cessé d'être étudié ces dernières années. Une telle entrevue ne correspond pas simplement à un dialogue rationnel, à la recherche d'une anamnèse fouillée, à un interrogatoire au bout d'un diagnostic. Le médecin est l'oracle qui doit répondre. Et de quoi ? se demande J. GUITTON. « Du mal; du méfait, du malheur ».

Dans ce système de communication souvent intime, il se joue des choses étranges et passionnantes. Le malade est aussi le représentant de son milieu social, pauvre diable ou puissant manager. Il analyse la situation, il étudie le visage du médecin, le sourire ou les rides, en interposant des pauses dans son discours, que le médecin doit savoir respecter et évaluer dans toute leur signification. C'est un peu comme si le malade se trouvait sur le sommet d'une montagne, qu'il ne voit pas, tandis que le médecin marche vers cette montagne qu'il aperçoit devant lui.

La valeur du premier dialogue peut déjà être considérable au point de vue thérapeutique. Mais cela prend beaucoup de temps au médecin. Il faut savoir écouter, laisser prendre l'initiative au malade au lieu de placer un tas de questions abruptes.

Le médecin peut éveiller chez son patient des réactions psychologiques profondes. Songeons au moment où il déclare au patient, après toute une série d'examens somatiques, qu'il n'a rien, en ajoutant peut être « c'est nerveux ».

La chose la plus difficile est d'apprendre que tout, dans les rapports entre malade et médecin, peut avoir une signification : A partir du moment où le malade demande à venir consulter jusqu'au moment où il prend congé. Cela peut aider à accepter le patient qui vient se confier même s'il ne présente pas des symptômes objectifs pathologiques.

Dans un temps où la complexité des techniques répartit la responsabilité entre médecin de famille, spécialiste, radiologue, médecin hospitalier, équipe chirurgicale, il ne s'agit pas seulement de la pos-

sibilité de guérir par la bonne volonté, ni par le seul savoir médical et la perfection technique. La psychopharmacologie est d'ailleurs une science interdisciplinaire exigeant le concours de nombreuses techniques et connaissances. Mais le vocable « psychopharmacologie » n'est pas réservé au XX^e siècle. Ce terme avait été, en effet, déjà créé au XVI^e siècle. C'est ainsi qu'en 1548, REINHARDUS LORICHIUS dédie à LUDWIG comte de STOLBERGK, KOENIGSTEIN et RUSCHEFORT, un livre intitulé : *Psychopharmacum Hoc Est : Medicina Anima*.

Le médecin se doit de reconnaître les corrélations entre corps et âme pour comprendre son malade sur un plan individuel, qui ne supporte pas d'être dévolu à un anonymat collectif. Cette approche n'a pas besoin d'être appelée psychosomatique pour être telle dans le sens le plus profond de ce mot.

Autant et plus que tout autre, le médecin a besoin d'une constante mise à jour de ses connaissances dans ce domaine. Paul VALERY parlait de cette inquiétude féconde : « le cerveau d'un médecin doit être un bouillon de culture pour points d'interrogation ». Il lui faut aussi apprendre à s'interroger et à voir des conflits émotionnels, des sentiments d'angoisse et de culpabilité, des contrastes entre le désir et la réalité, même chez les patients qui viennent le consulter pour « rien » et c'est déjà beaucoup !

En définitive, la psychosomatique étend son intérêt d'ailleurs à toute la science médicale — non pas en vue de réservier toute la pathologie à sa propre compétence, mais pour établir le principe fondamental que dans le traitement des maladies

on ne peut et on ne doit pas négliger le patient, son psychisme, sa façon de vivre, bref l'expérience générale de sa maladie.

Le progrès technologique a mécanisé et déshumanisé l'exercice de la médecine alors que les exigences de la médecine ont compromis le rapport médecin-patient qui s'était lié à la figure aujourd'hui estompée du médecin de famille pourtant psychothérapeute sans le savoir.

La psychosomatique ne repousse certes pas les instruments diagnostiques et thérapeutiques toujours plus perfectionnés non plus qu'elle ne nie à la « Mutualité » ses grands mérites sociaux, mais elle s'efforce d'appliquer la psychologie à la Médecine, d'humaniser cette dernière, de la rendre plus efficace.

Dans notre société (certes, affligée et mal à l'aise du fait de l'effort continu fait pour s'adapter à des conditions nouvelles et toujours changeantes) vivent des individus parfaitement équilibrés, bien qu'ils aient ces problèmes (personnels familiaux, économiques, politiques et sociaux) qui ont toujours mis à rude épreuve le psychisme de l'homme.

Aux niveaux préventif et thérapeutique, la médecine psychosomatique qui n'est pas la sociologie, oriente la recherche relationnelle plus que vers les structures du milieu et notamment vers la capacité de réaction de l'individu. Ni les psychosomatiques ni tous les autres médecins ne peuvent cultiver des utopies, notre seule tâche professionnelle est d'étudier pourquoi un individu ne s'adapte pas et « se réfugie » dans la maladie — et nous devons absolument l'aider à retrouver avec sa santé, une existence toujours plus calme, plus équilibrée et plus satisfaisante.

RHUMATALGIES

dextrarine phénylbutazone

POMMADÉ

phénylbutazone 4 g • sulfate de dextrane 2 g • crème pénétrante q.s. 100 g
tubes de 20 et 60 g • prix cl. 7 et 16 • remb. s.s.

éégic

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE S.A. • BP 172 MONTARGIS (Loiret) FRANCE

une synergie

3 ferment lactiques essentiels

(*B. bulgaricus*, *B. bifidus*, *Lact. acidophilus*)

cultivés isolément

lyophilisés

associés en proportions définies

acidification
réensemencement intestinal
rééquilibration de la flore



un pansement intestinal

alumine
kaolin

astrigent
protecteur de la muqueuse intestinale
adsorbant des gaz de fermentation

Synerlac

DIARRHÉES

de toutes origines, y compris les accidents de l'antibiothérapie



Boîte de 50 g - mesure dose de 2,5 g.
Diarrhées : 1 à 3 mesures à renouveler
Antibiothérapie : 1 mesure matin et soir
ou 1 mesure avec chaque prise

Poudre de ferment lactiques lyophilisés (*B. bifidus*,
B. acidophilus, *B. bulgaricus*, *B. thermophilus*, *Strept.*,
lactis) 10 g. Alumine hydratée colloïdale stéril. 54 g -
Kaolin colloïdal stéril. 18 g - Lactose stéril. 18 g -



LABORATOIRE ROGER BELLON
DÉPARTEMENT BOUILLET
159, avenue du Roule
92-NEUILLY-PARIS

A propos d'un cas d'hypertension portale par bloc extra-hépatique traitée par anastomose spléno-rénale

par MM. S. MESTIRI, S. GHARBI, H. HADJ SALAH et H. ACHOUR

Les hypertensions portales (H.P.T.) par bloc extra-hépatique occupent environ 20 % de l'ensemble des H.P.T. ayant bénéficié du traitement chirurgical.

Dans notre statistique personnelle « Lyon Chirurgical », Tome 64, n° 5, sept.-octo. 1968, pp. 838-843), nous comptons 7 H.P.T. par bloc extra-hépatique contre 29 cirrhoses.

Qu'il s'agisse de cavernome portal et de ses différents aspects, qu'il s'agisse de pancréatite chronique ou de pyléphlébite spléno-portale, qu'il s'agisse de compression extrinsèque, l'étape diagnostique présente un réel intérêt. Les moyens d'exploration moderne (Splénoportographie et Artériographie sélective) connaissent dans ce domaine un champ d'application privilégié.

Notre observation concerne une malade de 51 ans (Mabrouka...) qui avait été opérée dans un autre service en janvier 1964. Le C.R.O. disait lacóniquement : « cancer des voies biliaires, anastomose cholécysto-gastrique ». Il n'y avait strictement rien de plus et l'on ignorait totalement ce qui s'était passé dans les suites immédiates. Il n'y avait en particulier pas de compte-rendu histologique.

L'interrogatoire de la malade révèle l'apparition 2 ans après l'intervention de douleurs de l'hypochondre gauche non rythmées par les repas, irradiant vers le thorax, l'aisselle et le bras gauche.

Cette douleur est souvent accompagnée de prurit, quelques rares vomissements peu abondants, parfois de fièvre et de frissons. Elle signale par ailleurs une anorexie avec un important amaigrissement. Pas de troubles du transit, pas d'hématémèse, une seule rectorragie de sang rouge (hémorroïdes).

Admise dans le service le 12 mars 1968 pour splénomégalie, cette malade présente un état général médiocre : pâleur, amaigrissement, asthénie, pas de fièvre.

L'examen abdominal révèle une cicatrice médiane sus-ombilicale, une vousure de l'hypochondre gauche correspondant à une rate dépassant le rebord costal de 8 travers de doigt, régulière, mobile, indolore, ferme.

Il n'y avait pas d'hépatomégalie, ni d'ascite, ni de circulation collatérale, ni d'œdème des membres inférieurs.

Quelques adénopathies inguinales et axillaires, petites, mobiles roulant sous les doigts.

L'examen des autres organes est absolument normal.

Les examens biologiques révèlent :

Anémie	1.800.000
Leucopénie	4.400
Plaquettes	150.000
V.S. très accélérée	105/143
Taux de prothrombine	34 %
Choléstérol	1,62 g.
Tests hépatiques : peu perturbés.	
Bilirubine	mg

B directe 24

B indirecte 6

Protides	62 g/L)
Sérumétrie	abaissés

La fonction hépatique est donc pratiquement normale avec une note marquée d'hypersplénisme.

Devant ce tableau clinique et biologique malgré l'absence d'hématémèse une radiographie de l'œsophage et de l'estomac est demandée. (Fig. 1).

Elle montre l'existence d'énormes varices œsophagiennes il s'agit d'une hypertension portale sévère, mais qui ne s'est jamais décompensée.



FIG. 1
Rx. œsophage

Une spléno-portographie est demandée. Elle montre une pression splénique à 38 cm d'eau, mais pas d'opacification du système-porte; une deuxième tentative montre une augmentation considération de la pression (68 cm/eau, une veine splénique nettement dilatée avec un gros reflux coronaire; mais le tronc-porte est réduit à un petit filet permettant néanmoins l'injection du réseau intra-hépatique. (Fig. 2).

Au terme de ces examens on écarte le diagnostic de cancer des voies biliaires en raison de l'évolution et on s'oriente vers la possibilité d'une hypertension portale (H.P.T.) par bloc extra-hépatique, dûe soit à une pancréatite chronique, soit à une pyléphlébite.

Des examens sont demandés pour confirmer tel ou tel diagnostic.

1) Cathétérisme sus-hépatique montre un gradient entre la pression sinusoidale (10 mn Hg) et

la pression splénique (20,5 mn Hg), ce qui est en faveur d'un obstacle pré-hépatique*. (Fig. 3).

2) Artériographie sélective du tronc cœliaque ne montre pas d'empreintes ni de rétrécissement sur l'artère splénique et les artères pancréatiques; ce qui éloigne la pancréatite chronique.

Le cadre duodénal n'était pas élargi à la radiographie et il ne nous est malheureusement pas possible de pratiquer les explorations du pancréas exocrine.

Au total l'anamnèse et l'évolution ayant écarté le diagnostic de cancer des voies biliaires ou de cancer du pancréas, les résultats de la splénoportographie, du cathétérisme sus-hépatique et de l'artériographie sélective confirment le diagnostic d'hypertension portale sévère par le bloc extra-hépatique et font poser l'indication de splénectomie suivie d'anastomose spléno-rénale.

C.R.O. Opérée le 16 avril 1968 (Drs MESTIRI, H. SALAH et ACHOUR).

On passe par la même incision, des adhérences serrées bloquent le hile du foie qui est barré par l'anastomose cholécysto-gastrique. Mais il n'existe aucune tumeur ni au hile du foie, ni au niveau du pédicule, ou de la tête du pancréas.

On pratique alors une splénectomie = rate fibreuse avec phénomène de périssplénite importante. Dissection de la veine splénique sur 7 cm. Elle est dilatée et porte des plaques de pyléphlébite manifeste.

Dissection du pédicule rénal gauche. La veine comporte un assez gros tronc supérieur et un tronc inférieur dans lequel se jette la veine ovarienne. L'anastomose est pratiquée en termino-terminale avec le tronc supérieur jugé de calibre suffisant permettant ainsi un retour rénal valable par le tronc inférieur.

Une biopsie hépatique est pratiquée, elle montre un foie normal non cirrhotique.

Suites opératoires immédiates = bonnes

Aucun syndrome d'hyperammoniémie n'est apparu. Pas de troubles de la fonction rénale. Amélioration de l'état général et de la numération :

(*). Le cathétérisme sus-hépatique a été pratiqué dans le service du Prof. agr. BEN ISMAIL que nous remercions, ainsi que le Dr Abdesselam KAMOUN qui a bien voulu pratiquer l'artéio-sélective.



FIG. 2

Spléno-portographie



FIG. 2

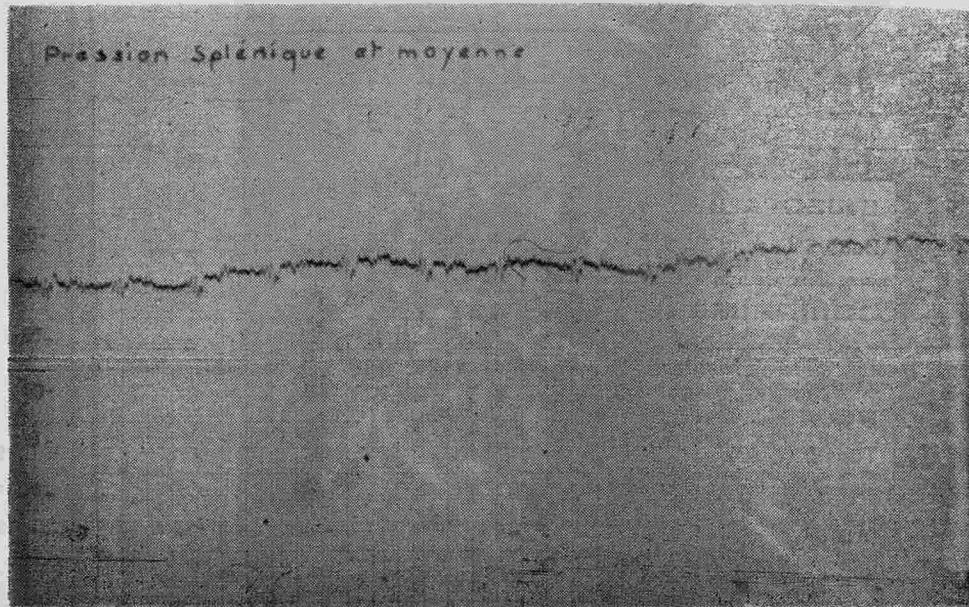


FIG. 3

Cathétérisme sus-hépatique

d'emblée...

ALPHACHYMOTRYPSINE CHOAY

anti-inflammatoire de prescription quotidienne



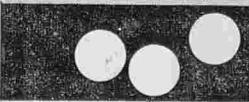
INJECTABLE

Boîte 5 flacons (25 u. C. Hb.)



COMPRIMÉS

Boîte 20 comprimés dosés à 25 u. C. Hb.



POMMADÉ

Tube 20 g 300 u. C. Hb.



S.S. — A.M.G. — P. Cl. 22 — 9 — 8

Traumatologie
Chirurgie générale
Chirurgie plastique et réparatrice
Gynécologie-obstétrique
O.R.L.
Broncho-pneumologie
Gastro-entérologie
Phlébologie
Rhumatologie

POSOLOGIE :

Voie intramusculaire (25 à 50 u. C. Hb. par jour).

Voies sublinguale et orale (5 à 8 comprimés par jour).

Voie percutanée (3 à 4 applications quotidiennes).

G.R.	4.000.000
G.B.	6.000

Une Urographie intra-veineuse pour contrôle post-opératoire montre un fonctionnement rénal gauche normal. (Fig. 4).

Histologie :

Au niveau de cette pièce de splénectomie, l'étude histologique des différents prélèvements montre :

— d'une part des lésions de réticulo-fibrose des cordons de Billroth, avec discrète congestion sinusoïdale et sclérohyalinose artériolaire intra-corpusculaire;

— d'autre part, de nombreuses et vastes zones d'infarctus, les uns récents, les autres anciens et en voie d'organisation fibreuse.

En conclusion = Rate fibro-congestive avec infarctus multiples.

Revue dernièrement, la malade a repris du poids. Son rein fonctionne normalement. Elle ne présente aucun signe d'hypertension portale.

Ses constantes biologiques sont normales.

CONCLUSION

Les suites lointaines confirment l'heureuse évolution de cette malade. Nous n'avons pas encore les moyens de vérifier la perméabilité de l'anastomose spléno-rénale mais les varices œsophagiennes ont regressé.

Bien des inconnues persistent dans l'histoire de cette malade. Si la pyléphlébite reconnaît une origine splénique, il y a tout lieu de formuler un pronostic favorable après la splénectomie et l'anastomose spléno-rénale, le foie étant histologiquement et biologiquement de bonne qualité. Si au contraire la pyléphlébite reconnaît une origine bilio-pancréatique indéterminée il faut faire des réserves quant à un retour offensif de l'affection bien que le diagnostic de cancer des voies biliaires soit définitivement écarté.

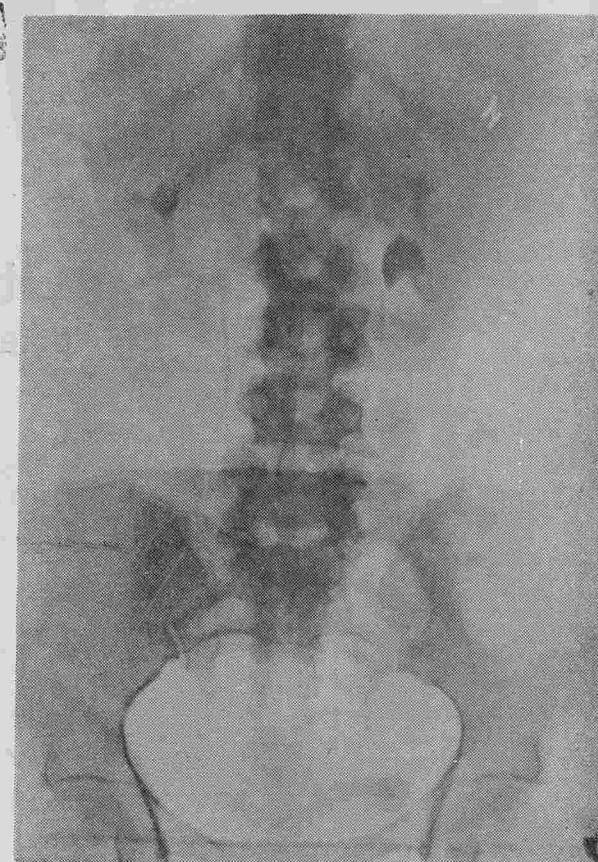


FIG. 4
U.I.V. de contrôle post-opératoire

antibiothérapie locale de sécurité

BACICOLINE®

COLISTINE (colimycine R. Bellon) + chloramphénicol + hydrocortisone

**Solution
Ophta O.r.l.**
conjonctivites
bactériennes
otites aiguës et
chroniques



Otocones®
otites

Flacon de 5 ml. - S. S. P. Cl. 8 - Tabl. A - 3 à 8 instillations par 24 h.
Boîte de 12 otocones - S. S. P. Cl. 7 - Tabl. A - 1 ou 2 otocones par 24 h.

danpex • Réf. 831



63 - Clermont-Ferrand

Un cas de sympathome embryonnaire chez l'adolescent

M.T. REBAI-COLIN, M. MAAMOURI, A. FLISS, G. MANEL et N. HADDAD

OBSERVATIONS

Le jeune Amor B., âgé de 15 ans, est admis dans notre service le 10-X-66 pour syndrome abdominal.

Depuis 1964, le patient présente des épisodes de douleurs abdominales diffuses avec vomissements alimentaires parfois bilieux et diarrhée. Les crises durent de 15 à 40 jours et sont séparées par des périodes de rémission de 15 jours à plusieurs mois.

En mai 1965, le patient quitte l'école pour raison de santé. Jusqu'en septembre 1966, il est « traité » à domicile par des moyens traditionnels; c'est alors qu'il consulte un médecin qui l'adresse le 22-IX-66, à l'hôpital auxiliaire de la Marsa pour très mauvais état général et fièvre à 39°.

Au point de vue pulmonaire, il n'y avait ni toux, ni expectoration.

L'abdomen était souple mais assez douloureux au niveau de la région péri-ombilicale.

Les examens demandés, à son entrée à l'hôpital, montraient une leucocytose à 11.940 et une V.S. légèrement accélérée.

— Hémogramme	:	G.R. 4.580.000
		G.B. 11.940
— V.S.	:	25/56
— Glycémie	:	0.82 g.
— Azotémie	:	
— Urines, chimie	:	Albumine = 0
		Glucose = 0
		Acétone = 0

— Radiographie pulmonaire normale.

Le jeune patient fut mis au traitement suivant :

- Bipénicilline 1 M.
- Streptomycine 1 gr.
- Tifomycine 6 comp.
- Biolactyl 2 amp.

Et, durant les premiers jours, furent constatées une amélioration sensible de l'état général et une chute de la température vers la zone normale.

Puis la courbe thermique s'est mise à osciller irrégulièrement (37° le matin, 38° à 39° le soir) avec apparition de troubles gastro-intestinaux : accès douloureux paroxystiques, constipation, sans vomissements ni contracture, mais empâtement douloureux de la région péri-ombilicale.

Une hémoculture, une coproculture, un séro-diagnostic de WIDAL et un lavement baryté furent pratiqués et ne décelèrent aucune anomalie; l'hémogramme montrait alors un taux de G.R. à 4.140.000 et une leucocytose à 20.560 G.B.

Appelé au chevet du jeune patient, le chirurgien écarta l'hypothèse d'un syndrome sub-occlusif ou d'une affection péritonéale localisée.

Un traitement anti-tuberculeux fut aussitôt entrepris (RIMIFON, STREPTO.) car, en dernier ressort, fut évoquée une tuberculose du grêle.

Mais notons que, subitement après le lavement baryté, la température est descendue à 36°5, l'état général s'est amélioré.

Aussi, après huit jours, l'intéressé, se sentant guéri, quitta l'hôpital de la Marsa sur sa propre demande.

Le 11-X-66, le malade se présente au centre d'Urgence de l'Hôpital Aziza Othmana pour syndrome abdominal ayant commencé 3 jours plus tôt par une douleur aigue brutale siégeant à la fosse iliaque gauche, sans vomissements, ni arrêt des matières et des gaz. Il est adressé le jour même à l'Hôpital Charles Nicolle.

A son entrée dans notre service, le patient, âgé de 15 ans, est cachectique; le teint est terne, le visage et le thorax squelettiques contrastent avec un abdomen distendu et des membres inférieurs infiltrés d'œdème. Il mesure 1.50 m. et pèse 32 kg. 200.

La température rectale 38°3.

L'examen de l'Appareil respiratoire est normal.

L'abdomen est ballonné avec une discrète circulation collatérale sus-pubienne. A la palpation, il est le siège d'une douleur généralisée qui atteint son maximum à la fosse iliaque gauche avec, à ce niveau, sensation de capitonnage, d'empâtement sous-jacent.

A la percussion, matité de la fosse iliaque gauche, tympanisme des autres régions.

On pratique des examens biologiques :

— Hémogramme	:	G.R. 3.500.000
		G.B. 18.000
		P. N. 87 %
		L. 13 %
— Hématocrite	:	36
— V.S.	:	50/60
— Glycémie	:	0.98 g.
— Urines chimie	:	Glucose = 0 Albumine = 0
— Urée sanguine	:	0.69 g.
— Iorogramme sanguin :		
K = 194 mg.	5 meq
Na = 3.02 g.	131 meq
Cl = 3.50 g.	99 meq

Ainsi sont mis en évidence, une leucocytose avec polynucléose (G.B. 18.000 P.N. 87 %) et une azotémie par manque de sel.

La radiographie pulmonaire, pratiquée le 11-X-66, montre une ascension des coupoles diaphragmatiques, un cul-de-sac pleural gauche légèrement émoussé et des calcifications hilaires.

La radiographie de l'abdomen sans préparation décèle des niveaux liquides, sans image de distension des anses intestinales.

Le jeune malade est transféré le jour même au service de chirurgie de l'Hôpital Charles Nicolle pour syndrôme sub-occlusif. Là, on lui applique la réanimation standard et on le met sous aspiration continue.

A son retour dans notre service, le 18-X-67, on observe des oscillations thermiques régulières : 36,5 le matin, 38° le soir et une oligurie à 500 cc par jour; la douleur abdominale a cessé, il s'alimente

normalement, mais son transit digestif est capricieux avec alternance de diarrhée et de constipation.

L'abdomen demeure ballonné avec matité en damier à la palpation.

1) Au point de vue biologique :

Taux de protides : 44,75 g.

Serine	Sérine : 20,55 g	= 0,84
Globuline	Globuline : 24,20 g	
— B.W. :	Négatif	
— I.D.R. :	15 mm	
— V.S. :	12/25	
— Absence de B.K. dans les selles et dans les urines		

2) Au point de vue radiologique :

— LAVEMENT BARYTE :

Le cadre colique est élargi et refoulé en arrière.

Le colon ascendant a un aspect agglutiné, le colon transverse rigide, sans hastrations.

Le Sigmoïde est refoulé dans la fosse iliaque gauche, son calibre est réduit et ses contours flous.

L'ampoule rectale a une morphologie normale.

— TRANSIT DU GRELE :

Interprétation délicate car la quantité de baryte ingérée était insuffisante.

On note un ralentissement du transit, l'estomac étant normalement franchi après 1 h. 30; on n'observe aucun passage de la baryte au niveau de la valvule iléo-cœcale après 6 heures.

— UROGRAPHIE I.V. :

U. I. V. du 22-X-66 : opacification des bassinets et des uretères 5 mn après l'injection, montrant une bonne valeur fonctionnelle des reins. Mais, dilatation progressive des bassinets et des uretères après 25 mn signant un obstacle à la progression du produit opaque au niveau du bassinet : après 1 h. 20, la vessie est opacifiée, tandis que les uretères et les calices demeurent visibles : il persiste seulement à ce niveau, une discrète hydronéphrose.

Et se fondant sur la clinique, et sur l'argument de fréquence de la tuberculose dans notre pays, en dépit de l'absence de B.K. dans les selles lors d'un

examen, on institue, le 26-X-66, un traitement antituberculeux :

- Isoniazide, suppositoires à 300 mg. : 2 par jour.
- P.A.S. I.V. : 10 g par jour.
- Streptomycine I.M. 1 g par jour.

En association avec :

- Cortancyl, 20 mg par jour.

Dans les jours qui suivent, l'état général paraît s'améliorer, la fièvre disparaît. Cependant le patient décède le 7-XI-66 à 4 h. 30

EN RESUME

Patient âgé de 15 ans, atteint depuis 2 ans de douleurs abdominales diffuses, tenaces, survenant par crises et accompagnées de manifestations digestives, avec altération progressive de l'état générale, ayant abouti à la cachexie, puis à la mort.

Les explorations radiologiques ont mis en évidence un obstacle au niveau du bassin, aux limites imprécises mais plus marqué dans la fosse iliaque gauche, contre lequel butent le contenu de l'intestin et des uretères pour suivre leur progression vers l'ampoule rectale, d'une part et la vessie d'autre part.

VERIFICATION ANATOMIQUE :

Incision pubosternale. Issue d'un abondant liquide d'ascite citrin.

Les anses intestinales sont agglutinées, et il faut sectionner de nombreuses brides d'adhérence à la paroi, notamment à gauche.

A l'examen :

- Cœur petit;
- Foie 1,400 kg, truffé, même en profondeur, de nodules blanchâtres. A la coupe, il existe même une masse jaunâtre pseudo-tumorale, dure dans la région juxtahilaire, de la taille d'une mandarine.
- Rate normale.
- Poumons très anthracosiques.
- Reins : petits nodules blanchâtres et friables truffant la corticale sans refouler les calices;
- Le Bassinet droit est dilaté ainsi que les Uretères.

— Mésentère : énorme masse pseudo-tumorale grisâtre, dure, de la taille d'un poing dont il est impossible d'isoler les anses abdominales sans les déchirer. Elles sont, du reste, très friables et leur paroi est cartonnée.

— Le colon transverse adhère fortement à ce bloc.

— Adénopathies monstrueuses et dures dans tout le péritoine et dans tous les territoires.

CONCLUSION :

La péritonite tuberculeuse est très possible, mais l'on est fortement surpris par l'aspect tumoral du foie et métastatique des reins.

COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE :

Cette tumeur, très nettement infiltrante, qui envahit les organes voisins (pancréas, paroi colique, jéjunoduodénale, en particulier) et a donné des métastases ganglionnaires et hépatiques, est formée par une population cellulaire parsemée de plaques hémorragiques et nécrotiques qui gêne considérablement l'étude morphologique.

Dans les zones épargnées par la nécrose, cependant, les éléments tumoraux apparaissent petits, et sont pourvus de royaux arrondis et denses, entourés d'une mince couronne cytoplasmique, peu distincte, l'ensemble donnant l'impression d'une prolifération lymphocytaire. Ces éléments tumoraux sont généralement répartis en nappes diffuses, mais bien souvent aussi, ils ont tendance à s'organiser en coulées ou en petits amas de quelques dizaines de cellules. En outre, en plusieurs endroits, et plus particulièrement dans les régions périphériques, qui semblent correspondre aux zones d'extension de la tumeur, on voit apparaître des cellules plus volumineuses, à noyaux plus clairs, entourés d'une collerette cytoplasmique nettement visible et ces noyaux sont parfois disposés de façon radiaire autour d'une substance fibrillaire colorée par l'éosine, réalisant des images de rosettes neuroblastiques. En dehors de ces derniers aspects et dans les zones moins bien différenciées, la tumeur semble d'ailleurs comporter un assez net contingent neurofibrillaire que l'on retrouve sous la forme d'un fin feutrage intercellulaire.

Au niveau des métastases, on retrouve la même structure tumorale, avec les mêmes aspects de différenciation et d'indifférenciation. Il est à noter que dans le foie, l'infiltration tumorale intéressé

le quart de la totalité des espaces de Kierman, mais se présente également sous forme de nodules intraparenchymateux, que seuls certains ganglions sont métastatiques et que la rate ne paraît pas intéressée par le processus tumoral.

En conclusion, l'ensemble de ces constatations impose le diagnostic d'un sympathome embryonnaire très largement évolué, et qui présente, en certains endroits, des aspects de différenciation sympathoblastique.

Il s'agissait d'un sympathome embryonnaire à symptomatologie trompeuse, évoluant sous le masque d'une affection digestive cachectisante et paraissant correspondre au type III de la classification de Bacquet à forme indifférenciée et immature.

La tumeur « royale », dont l'origine est impossible à déterminer, siège au niveau du mésentère à partir duquel elle diffuse dans tout le péritoine.

Des métastases macroscopiques ont été décelées dans les reins, et dans le foie. Existait-il des métastases osseuses et médullaires ? Le malade n'accusait pas de douleurs osseuses, et n'avait pas d'anémie, mais sans radiographie du squelette et particulièrement des os longs et du crâne, ni dosage des catécholamines dans les urines, ni examen du frottis de moelle, nous ne sommes pas en mesure de trancher cette question. Soulignons ici que les métastases hépatiques sont rarement observées chez l'adolescent, et surviennent avec prédisposition chez les nourrissons.

Ces tumeurs développées aux dépens des ganglions sympathiques (gouttières latéro-vertébrales rétro-péritonéales ou thoraciques, plexus sympathiques, surrénales) sont maintenant signalées avec une certaine fréquence dans la littérature médicale mais il nous a paru intéressant de citer ce cas (qui est, nous semble-t-il, le 2^e à être rapporté en Tunisie) car les sympathoblastomes viennent au 3^e

rang de la pathologie maligne de l'enfance après les leucoses et les tumeurs de WILMS.

Nous voudrions souligner quelques points :

— L'un concerne la difficulté du diagnostic = difficulté due au siège et à la symptomatologie d'emprunt que leur siège impose à ces tumeurs rétropéritonéales à expansion variable.

— Difficulté due parfois à leur morphologie propre. Dans notre observation, le malade évoluait depuis plus de 2 ans sous un masque batard avec des rémissions irrégulières et une atteinte progressive de l'état général = elle s'accorde avec diverses observations relatives au génie évolutif de la maladie, lent avec des troubles de compression et une adaptation progressive de l'organisme et des organes abdominaux devant le processus invasif. Le fait, cependant, ne tient pas compte des métastases lointaines que nous avons peut-être, mais pas nécessairement, méconnues ici.

Le pronostic semble ici correspondre au type de la tumeur : évolution rapide vers la mort avec métastases hépatiques nombreuses, infiltration du mésentère, jusqu'au contact du grêle et du duodénum.

Les métastases hépatiques confirment le caractère de gravité qu'on leur prête quand on peut les mettre en évidence encore que, dans un petit nombre de cas, des guérisons ou des rémissions prolongées aient été rapportées et que, pour certains auteurs, ces métastases ne soient pas une contre-indication absolue à l'intervention et à l'ablation de la tumeur primitive.

Dans le cas particulier qui nous intéresse, nous pensons que, si le malade avait pu être opéré, les lésions auraient certainement REBUTE le chirurgien; mais la laparotomie eût peut-être conduit à un prélèvement biopsique et à une tentative thérapeutique médicale ou radio-thérapeutique = des survies supérieures à 2 ans ont été rapportées.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAMBERGER J., SCHWEISGUTH O. : « Les sympathomes de l'enfant ». Médecine Infantile, 1960, n° 7, 11-18.
2. CAULET T., GUBLER J.P. : « Sympathoblastome du nourrisson à évolution foudroyante (à propos d'un cas) ». Arch. Ana-Path., 1961, T. 9, n° 1.
3. CHAPTAL J., JEAN R., BONNET H., EMBERGER J.M., MAVARRO M. : « Aspects hémato-logiques des sympathoblastomes ». Médecine Infantile, 1963, n° 5, 297-301.
4. CHAPTAL J., JEAN R., IZARN P., BONNET H., NAVARRO M., EMBERGER J.M. : « Sympathoblastome de l'enfant à forme osseuse. A propos de 5 observations ». Arch. Franc. Ped. 1961, n° 8, 969-980.
5. DEBRE R., LELONG M. Pédiatrie, T. 28, en partie, titre 1, 1340-1342.
6. JEDIDI H., HAMZA B. : « Sympathoblastome chez un nourrisson avec rémission prolongée ». Tunisie Médicale, 1965, n° 551-553.
7. JOYEUXR, GUIBERT M.L., BISCAYE A. : « A propos de ganglioneurome sympathique rétro-péritonéal à évolution maligne ». Presse Médicale, 1950, 58, n° 61, 1071-1074.
8. SALLE B., FEROLDI J., BRUNAT M. : « Prognostic des sympathomes de l'enfant ». Revue Lyonnaise de Médecine, octobre 1965, n° 659-672.

arginine.....	0,12 g
bétaïne base.....	0,35 g
citrate de choline.....	0,60 g
inositol.....	0,25 g
sorbitol.....	3 g
excip. aromatisé (mandarine, citron)	
q.s. pour une ampoule de 10 ml.	
1 à 3 ampoules par jour	
boîte de 18 amp. buvables	
p.cl. 15 • remb. s.s.	

la formule la plus complète 

Hépagrume

foie et voies biliaires

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE S.A. B. P. 172 • 45 - MONTARGIS, FRANCE

BACTISUBTIL

ampoules buvables - gélules

*protège l'intestin de l'enfant
et de l'adulte
dans les diarrhées
et les accidents intestinaux
dus aux antibiotiques per os.*

Posologie :

Traitement d'attaque : 4 à 6 ampoules buvables ou gélules par jour
Traitement d'entretien : 2 ou 3 ampoules buvables ou gélules, réparties dans la journée, en dehors des repas.

Composition : Culture pure de *Bacillus subtilis*, répartie sous forme liquide en ampoules buvables de 10 ml, ou, après centrifugation et séchage, en gélules à ingérer ou à ouvrir.

Mise au pointLa crénothérapie en rhumatologie**I. GENERALITES.**

Si le terme de crénothérapie (littéralement : traitement par les sources) est un néologisme, le procédé qu'il désigne remonte à la plus haute antiquité. Les vertus de certaines eaux se confondaient alors avec la puissance des dieux qui en étaient les protecteurs.

Ce caractère ancien, presque mythologique, est souvent associé à l'idée de désuétude, de procédé suranné ou de traitement de désespoir. Nous savons tous, de nos jours, que ce préjugé est faux et que l'hydrologie thérapeutique reste une arme précieuse dans la lutte contre de nombreuses affections.

Par l'absence d'étiologie précise (donc de traitement efficace à coup sûr), la chronicité de l'évolution, la fréquence des séquelles invalidantes, les maladies rhumatismales constituent un véritable fléau social où le traitement hydro-minéral trouve ses meilleures indications.

II. MODE D'ACTION.

La cure hydro-minérale a, certes, un effet bénéfique par la thermalité des eaux utilisées (sédatif, décontracturant et rubéfiant), mais aussi par les éléments minéraux qui entrent dans la composition de ces eaux : action élective sur le système nerveux végétatif des eaux chlorurées sodiques; sur le métabolisme de l'acide urique des eaux bicarbonatées sodiques et des eaux sulfurées calciques; sur la trophicité de la peau, des muscles et des articulations des eaux sulfureuses.

Cependant, thermalité et composition chimique ne sont pas seules responsables des bienfaits de la cure thermale : soustraire le rhumatisant à son milieu ambiant contribuer à son repos physique et moral, lui prescrire des techniques hydrominérales adaptées à son état, voilà les conditions premières du succès.

III. TECHNIQUES HYDROMINÉRALES.

Elles utilisent l'hydrothérapie (usage externe), l'hydrologie thérapeutique (usage mixte) ou tout autre procédé offert par la nature de la station

(boues : fangothérapie; algues : pélothérapie; vapeurs thermales).

En rhumatologie, hydrothérapie et fangothérapie sont les procédés les plus fréquemment utilisés; certaines stations comme Aix-les-Bains ou Ax-les-Thermes utilisent aussi les vapeurs thermales (Berthollet, Bouillon). Quant à l'usage interne des eaux minérales par voie orale, il se réduit à l'administration d'eau bicarbonatée sodique en vue de faciliter l'élimination urinaire de l'acide urique.

Ces différentes techniques sont associées à la masso-kinésithérapie (sèche ou hydrothérapique) qui constituent le complément indispensable de toute crénothérapie rhumatologique.

IV. INDICATIONS.

1) Les arthroses constituent l'indication de choix des cures thermales soit dans le but de consolider une amélioration obtenue par le traitement médicamenteux, soit pour entamer la libération d'une articulation enraide, soit pour développer une musculature atrophiée et déficiente. La plupart des arthroses bénéficient de toutes les techniques d'hydrothérapie. Certaines requièrent des indications spéciales (Berthollet pour les arthroses du membre supérieur; fangothérapie pour les grosses articulations; balnéothérapie pour les coxarthroses).

2) La polyarthrite rhumatoïde, à sa période d'état, lorsque les déformations sont débutantes et que la malade est bien équilibrée du point de vue médicamenteux, l'hydrothérapie associée aux petits plâtres de posture et à l'ergothérapie est d'un grand secours pour la stabilisation des arthropathies et leur récupération fonctionnelle.

3) La pelvi-spondylite rhumatismale au stade de spondylarthrite ankylosante est justifiable de la fangothérapie dans sa forme périphérique et des étuves dans sa forme pelvi-rachidienne. Les différentes techniques de masso-kinésithérapie et de rééducation gymnique en groupe permettent d'éviter l'historique spondylose rhizomélique de PIERRE MARIE.

4) LE FIESSINGER-LEROY-REITER (syndrome oculo-uréthro-synovial) du fait des grandes

Complexité des propriétés...

antihistaminique anti-sérotonine
spasmolytique tussiplégique
rééquilibrage neuro-végétatif
régulateur de la tonicité musculaire
anti-émétique
sédatif central
régulateur émotionnel
potentialisateur
des anesthésiques généraux
et des analgésiques

THÉRALÈNE

(Alimémazine, 6549 RP)

POSÉOLOGIE et PRÉSENTATIONS

Théralène ampoules :

1 à 2 ampoules par jour en pratique courante
Boîte de 5 ampoules

Théralène comprimés :

1 à 8 comprimés par jour
Boîte de 50 comprimés

Théralène gouttes :

100 à 300 gouttes par jour en psychiatrie
Flacon de 30 ml

Théralène sirop :

0,75 mg à 1 mg par kilo par jour chez l'enfant
Flacon de 150 ml

Théralène suppositoires :
1 à 3 suppositoires par jour
Boîte de 10 suppositoires

Selectivité des indications

Dermatoses prurigineuses
Manifestations allergiques

Toux des affections respiratoires aiguës
Coqueluche

Toux des affections respiratoires chroniques
(tuberculose, silicose)

Dystonies neuro-végétatives
Vomissements

Hypertonies musculaires - Syndromes extra-pyramidaux
Tranchées utérines

Intoxication alcoolique
Pré-anesthésie - Anesthésie

THÉRAPLIX

Siège social : 98, rue de Sèvres, Paris 7^e

amyotrophies dont il s'accompagne, bénéficie, au stade des séquelles, de la rééducation intensive en milieu thermal.

5) Les arthropathies goutteuses chroniques justifient les mêmes indications que les arthroses, complétées par une cure de diurèse avec alcalinisation des urines.

6) Périarthrite scapulo-humérale et syndrome épaule-main de STEINBROKER représentent deux indications privilégiées du Berthollet et de la fan-gothérapie.

7) Les radiculalgies (cruralgies, névralgies cervico-brachiales ou sciatiques) tirent un grand profit de la balnéothérapie dirigée et des massages décontracturants.

On pourrait multiplier à l'infini les exemples de rhumatismes chroniques inflammatoires (rhumatismes psoriasique, colopathique, intermittents...) pour lesquels il existe toujours un stade, au cours de l'évolution, où la crénothérapie est souhaitable voire nécessaire.

V. CONTRE-INDICATIONS.

A côté des contre-indications permanentes qui sont valables pour toute cure thermale quelle qu'en soit la visée, il existe des cas où la contre-indication résulte du stade évolutif de l'affection rhumatisante.

A) Les contre-indications permanentes :

Elles sont d'abord cardio-vasculaires : cardiopathies décompensées, hypertension artérielle et en particulier quand elles s'accompagnent de lésions cérébrales ou rénales, affections coronariennes.

Ensuite, et de façon générale, toutes les maladies comportant la déchéance d'un ou de plusieurs organes nobles (cirrhose, néphrite, insuffisances surrénales...) et on peut y rattacher les tuberculoses évolutives et les cancers.

Quant à l'âge, il n'entre souvent pas en ligne de compte du fait que, seul l'âge physiologique importe : celui qui reflète le degré de résistance de l'organisme.

B) Les contre-indications passagères :

Elles concernent :

— toutes les poussées aigues ou sub-aigues articulaires ou radiculaires;

— tous les syndromes fébriles quelle qu'en soit l'origine;

— certains cas particuliers tels que : les infections cutanées, les phlébites récentes, les grossesses après le 4^e mois.

Ces contre-indications durent ce que dure le stade évolutif qui les motive.

VI. CONCLUSIONS.

La crénothérapie apparaît ainsi sous son véritable visage, non pas celui d'un recours de dernière heure quand toutes les ressources médicamenteuses ont été épuisées, ni celui d'une panacée universelle qu'on peut accomoder à toutes les « algies rhumatismales »; mais bien comme un traitement curatif voire préventif de choix, offrant un éventail de moyens suffisamment étalé pour que l'indication puisse en être adaptée à chaque cas particulier.

R. BEN ABDALLAH

BIBLIOGRAPHIE

1. Place et résultats des méthodes de rééducation fonctionnelle dans les affections rhumatisantes. **Réadaptation**, n° 64, 1959.
2. O. YENAL : Effets de la balnéothérapie dans la période pré-arthrosique. **Rhumatologie**, n° 1, 1963.
3. E. DUHOT et M. FONTAN : Le thermalisme. Ed. Presses universitaires de France, 1963.
4. La position des rhumatologues devant la rééducation fonctionnelle. Ligue Française contre le Rhumatisme. Table ronde du 20 mars 1968.

Maladies osseuses constitutionnelles

Monographie du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris sous la Direction de
M. KAPLAN et J. WEILL.

1 vol. de 102 pages, *Expansion Scientifique Française*, Edit. 1966.

Il s'agit d'un recueil des conférences données à l'Hôpital Bretonneau durant l'année universitaire 1964-1965 et portant sur les maladies osseuses constitutionnelles.

Un tel sujet peut paraître aride au premier abord. Puisqu'il traite d'affections qui possèdent le double inconvénient d'être d'observation rare, voire exceptionnelle, et de ne déboucher sur aucune thérapeutique efficace.

A y regarder de plus près, il est peu de branches médicales, qui ne soient directement intéressées par cette pathologie : du Cardiologue au Biochimiste en passant par le Généticien, chacun peut y trouver matière à réflexion.

La présente monographie met en évidence cette diversité, à travers les quatre grands chapitres dont elle est composée :

1. Les Chondrodystrophies, maladies où les anomalies portent essentiellement sur la croissance du cartilage qui précède les os. Telles sont l'achondroplasie, la dysplasie spondylo-épiphysaire, la maladie exostosante etc...

2. Les maladies osseuses condensantes dont la plus connue est l'ostéopétrose (Albers-Schönberg) mais qui englobent aussi : l'ostéopoecilie, la mélorhéostose, la maladie de Camurati-Engelmann.

3. Les maladies osseuses raréfiantes avec, la maladie de Lobstein (et sa forme précoce de Forak et Durante), les rachitismes vitamino-résistants (et l'hypophosphatasie), la dysplasie fibreuse (et le syndrome d'Albright).

4. Les anomalies morphologiques du squelette, qui peuvent se localiser :

- au crâne, ce sont les crâno-sténoses associées ou non à d'autres malformations maxillaire, clavicule, phalanges);
- au rachis, où il s'agit le plus souvent du syndrome de Klippel-Feil;
- aux extrémités, où, à côté de la maladie de Marfan, de la maladie de Pyle et de l'acro-ostéolyse, se multiplient les anomalies dues à l'utilisation intempestive de certaines médications tératogènes.

La revue du programme laisse déjà apparaître ce qui distingue cette monographie d'une autre, éditée en 1960 par la même « Expansion Scientifique » sous la signature de Lamy et Maroteaux : **LES CHONDRODYSTROPHIES GENOTYPIQUES**. Ouvrage de généticiens s'adressant plus particulièrement aux Padiatres et comportant des études généalogiques très poussées et une riche bibliographie.

R. BEN ABDALLAH.

L'actualité rhumatologique 1968 présentée au praticien

(5^e cahier annuel d'information et de renseignement)

par les médecins du Centre Viggo Petersen sous la direction de S. DE SÈZE,
A. RYCKEWAERT, M.F. KAHN et P. DREYFUS.

Un volume de 303 pages, *Expansion Editeur*, 1968.

Une fois de plus, la dynamique équipe du Centre Viggo Petersen a su rester à la hauteur de sa réputation, en nous livrant un ouvrage digne de cette grande famille.

Les acquisitions diagnostiques et thérapeutiques y côtoient les progrès réalisés dans le domaine des sciences fondamentales.

Le programme est copieux et varié et nous fait passer en revue : les polyarthrites sero-négatives, la maladie périodique, les arthropathies de l'insensibilité congénitale à la douleur, la chondromatose

synoviale du genou, la thérapeutique intra-articulaire par les isotopes, l'étiopathogénie de l'arthrose, le renouveau de la discographie lombaire, le syndrome pseudo-parathyroïdien, les lésions osseuses de la mastocytose...

La liste de tout ce que renferme ce « 5^e cahier d'information et de renseignement » est trop longue pour figurer sur une simple analyse et nous ne pouvons mieux faire que de recommander vivement la lecture d'un ouvrage si enrichissant.

R. BEN ABDALLAH

N° 2

MARS-AVRIL 1969

المجلة الطبية التونسية

LA TUNISIE MEDICALE

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

18, Rue de Russie — TUNIS — Tél. 245.067

Secrétaire de Rédaction
Néjib MOURALI

Reproduction interdite — Tous droits réservés pour tous pays

Imprimerie Bascone & Muscat - Tunis

INDUSIL

dibencozide

anabolisant vrai

PROPRIÉTÉS

- augmente la vitesse et le taux d'incorporation des acides aminés dans la molécule protéique.
- favorise l'utilisation de l'apport protidique.

INDICATIONS

- prématurité, hypotrophie du nourrisson
 - retard de croissance, insuffisance pondérale
 - dénutrition de l'adulte et du vieillard
 - asthénie, anorexie, convalescence.
- aucune contre-indication

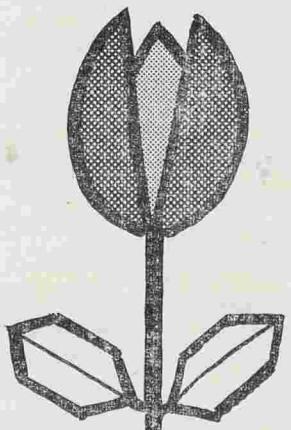
POSOLOGIE

1 à 4 capsules par jour, pendant 10 à 30 jours consécutifs (chez les nourrissons et les jeunes enfants, le contenu des capsules sera mélangé aux aliments).

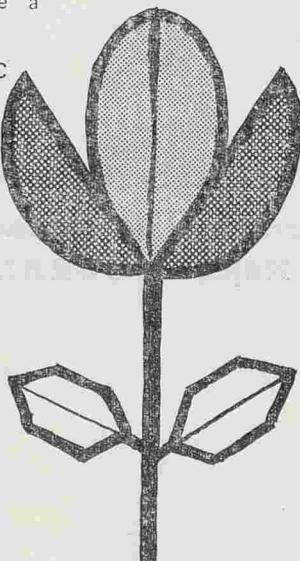
PRÉSENTATION

flacon de 14 capsules dosées chacune à 1000 mcg de principe actif.

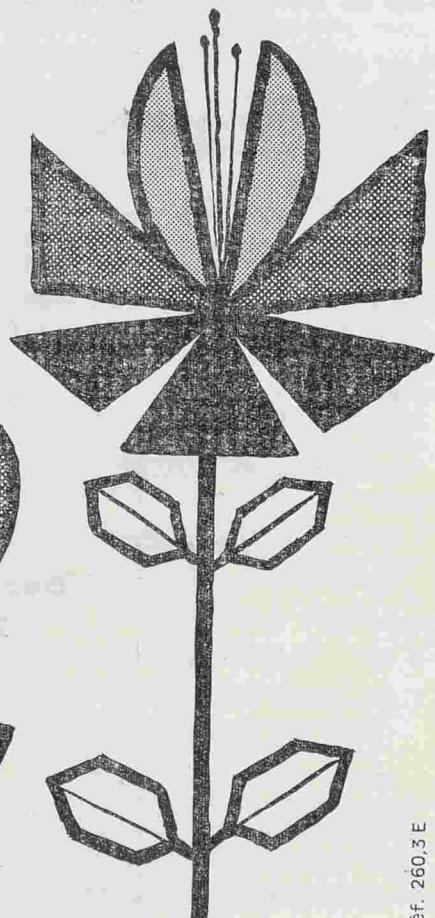
- tableau C



Stimule



Développe



Epanouit

SOMMAIRE

Procès-Verbal de l'Assemblée Générale de la Société Tunisienne des Sciences Médicales du 14 février 1969 :

— <i>Adresse aux Membres de la Société,</i> par Sleïm AMMAR	61
— <i>A propos de quelques malformations utérines type Rokitansky-Kuster-Hauser,</i> par M. FARZA, M. CHELLI et M. T. MAAMOURI	71
— <i>A propos de 66 cas de prolapsus génitaux traités chirurgicalement,</i> par M. CHAABOUNI, T. BEN ZINEB et B. J. PANIEL	81
— <i>Testicule féminisant. A propos de trois observations,</i> par M. CHELLI, B. FARZA, M. T. MAAMOURI, M. HAFSIA et M. L. MEZIOU	89
— <i>Triple malformation : génitale, urinaire et vertébrale,</i> par T. BEN ZINEB, M. CHAABOUNI et B. J. PANIEL	103
— <i>Observations de malformations congénitales d'enfants issus de couples consanguins,</i> par B. FARZA, M. CHELLI et A. REBEL	111
— <i>A propos de trois cas de grossesse extra-utérine avec stérilet,</i> par T. BENZINA BEN CHEIKH et S. BOUDJ EMAA	117
— <i>Loop migratrice sur l'appendice,</i> par T. BENZINA BEN CHEIKH et S. BOUDJ EMAA	121
Mise au point : Les helminthiases et leur traitement, par M. GARGOURI	123
Informations	128

Procès-Verbal de l'Assemblée Générale de la Société Tunisienne des Sciences Médicales du 14 Février 1969

Les élections pour le renouvellement du Bureau de la Société Tunisienne des Sciences Médicales ont eu lieu le 14 février 1969, à 19 heures, à la Maison du Médecin.

Ont été élus à la majorité statutaire des 3/4 des suffrages exprimés :

<i>Président</i>	Dr Sleïm AMMAR.
<i>Vice-Président</i>	Dr Rhadi BEN OSMAN.
<i>Secrétaire général</i>	Dr M'hamed BEN SALAH.
<i>Secrétaire adjoint</i>	Dr Rachid BEN ABDALLAH.
<i>Trésorier</i>	Dr Mohamed BOUHAHA.
<i>Trésorier adjoint</i>	Mr Abdelwahab MUNCHARI.
<i>Bibliothécaire</i>	Dr Chadly TABBANE.
<i>Secrétaire de Rédaction de « La Tunisie Médicale »</i>	Dr Néjib MOURALI.
<i>Conseillers</i>	Dr Abdelkrim BETTAIEB, Prof. agr. Hassouna BEN AYED, Prof. agr. Amor CHADLI, Prof. agr. Zouhair ESSAFI.

Adresse aux Membres de la Société

par le Docteur Sleïm AMMAR,
Président rentrant

Mes chers collègues.

Les tâches qui attendent cette année le bureau de la Société Tunisienne des Sciences Médicales — apparaissent des plus ingrates et en même temps des plus contraignantes.

Jamais peut-être le corps médical tunisien ne se sera trouvé devant autant de problèmes ni autant de difficultés en cette année de transition qui doit voir la mise en place progressive des nouvelles réformes de structure hospitalières et de soins à l'échelle du pays tout entier.

Aux précédentes et si graves difficultés tant de fois signalées les années précédentes se greffent de nouvelles contraintes et servitudes qui sont d'autant plus ardues à assumer que le corps médical tunisien reste plus que jamais insuffisant en nombre et en qualité en regard de l'immensité de la tâche qui lui incombe.

D'une part la « rentrée en force » de l'étranger des étudiants en médecine en fin d'études ne semble pas être pour demain.

D'autre part la première vague tout à fait réduite d'ailleurs des jeunes médecins formés en notre faculté de médecine de TUNIS, n'est pas encore venu renforcer le courant révivificateur tant attendu.

Surtout nombre de collègues en particulier ceux des premières générations d'après l'Indépendance montrent des signes évidents d'indifférence et de découragement et il faut bien dire que depuis plusieurs années — ils se trouvent trop souvent rivés à un labeur particulièrement ingrat et harassant.

Au niveau des jeunes non plus il ne semble pas que l'on retrouve toujours le même enthousiasme ni le même dynamisme qui animaient leurs aînés il y a à peine quelques années.

Cette situation est évidemment en rapport avec l'épuisement que suscite une tâche terriblement ardue qui s'est imposée à une minorité d'avant-garde de longues années durant — dans un climat général qui il faut bien le dire n'était pas toujours favorable au médecin que l'on avait trop tendance à considérer comme l'éternel bouc émissaire et le premier responsable de toutes les insuffisances.

Or, le corps médical tunisien est loin de supporter seul toutes les responsabilités — car au fond il n'a été depuis de longues années qu'un simple exécutant — supportant tout le poids d'une machine sanitaire de plus en plus lourde et répondant tant bien que mal aux exigences diverses et pressantes qui s'imposaient d'autant plus à lui qu'il restait désespérément réduit en nombre et en qualité devant l'ampleur de la tâche qui lui était impartie.

Certes depuis l'indépendance, de lourds sacrifices ont été consentis pour améliorer la qualité et la quantité des soins dispensés à la population. Cependant le fait capital a été que : **la formation des médecins eux-mêmes n'a pas suivi l'accroissement considérable du nombre des institutions et des centres de soins décidé par les pouvoirs publics.**

A partir de 1956, une donnée capitale, résultant du processus de décolonisation, devait en effet rentrer en jeu : à savoir le départ massif des médecins français, alors même que les impératifs de l'édification de l'indépendance et de sa consolidation, orientaient les étudiants vers des disciplines autres que la médecine.

L'Administration n'avait peut-être pas à l'époque saisi à temps l'importance d'une formation conséquente du personnel médical et para-médical, parallèlement à l'extension des centres de soins dans le cadre d'une planification rationnelle.

A partir de ce moment avec les départs successifs dus à la conjoncture politique et à certaines contingences socio-économiques et de plus en plus jusqu'à ce jour, ce qui caractérisera gravement la situation et se retrouvera en dernière analyse à la base de toutes les difficultés rencontrées, de toutes les récriminations, de toutes les insuffisances et de toutes les déceptions — sera le fait fondamental suivant : à savoir une baisse considérable du potentiel qualificatif et quantitatif du corps médical tunisien par rapport au potentiel de 1956.

Baisse quantitative qui se manifeste par le nombre total des médecins qui reste à peu près stationnaire depuis 1956 — 535 à cette date (en majorité français et tunisiens) et 530 médecins aujourd'hui dont 230 tunisiens et 300 étrangers — pour la plupart des pays de l'Est Européen — En comptant une soixantaine d'internes les chiffres actuels n'atteignent pas un total de 600 médecins.

Ainsi le nombre des médecins à peu près stationnaire depuis 1956 reflète en réalité une nette régression du potentiel médical quand on situe ce chiffre — en face.

1^o D'une population qui s'est accrue depuis 13 ans de près d'un million d'habitants.

2^o D'une capacité hospitalière qui a pratiquement doublé passant de 6535 lits en 1956 à 12.000 lits en 1969 et pour laquelle proportionnellement un nombre double de médecins serait requis pour maintenir les soins au même niveau qualitatif où ils étaient dispensés en 1956 — la concentration dans les grandes villes restant un phénomène, toutes proportions gardées, sensiblement équivalent depuis 1956 jusqu'à ce jour.

3^o Quant on examine enfin ce chiffre de 530 médecins en regard de la forte dispersion des locaux et institutions qui existe à l'heure actuelle ce qui exige proportionnellement plus de médecins et plus de personnel, qu'en cas de regroupement des formations sanitaires autour de points limités du point de vue géographique mais bénéficiant d'une mobilité maxima des communications entre elles.

Ainsi le nombre des dispensaires de 107 en 1956 est passé à près de 550 en 1969 — et doit atteindre les 600 dans les quatre prochaines années.

On peut dire aussi qu'en 1956, le pays disposait en théorie d'un médecin pour douze lits environ et qu'en 1969 il dispose à peine d'un médecin pour 25 lits.

Enfin si l'on compte la dispersion des formations, ce pourcentage apparaît encore plus accusé — autrement dit le médecin en Tunisie et en 1969 a à faire face à une tâche 3 à 4 fois plus ardue, plus difficile et plus ingrate qu'en 1956.

Il est à souligner au surplus qu'autour des premières années de l'indépendance, la qualité de la médecine et le niveau des soins dispensés ainsi que celui de la recherche médicale et des travaux scientifiques se faisaient dans une aisance relative et dans le cadre d'un corps médical pratiquement homogène et relativement très dynamique compte-tenu de la facilité relative de la tâche et du caractère relativement limitée des exigences sanitaires de la population par rapport à ce qu'elles sont devenues quinze ans plus tard.

Ce corps médical (français et tunisien) avait de plus l'immense avantage d'avoir bénéficié d'une formation uniforme acquise sur les bancs de l'Université Française et exerçait une médecine généralement de qualité — et relativement bien adaptée aux populations — les questions de langue et

d'approche du malade étant facilitées par le fait que les deux langues l'arabe et le français étaient plus ou moins bien parlées et comprises à la fois par les médecins et les malades.

Or actuellement il est évident que les choses ont changé — les coopérants actuels étant pour la plupart des pays de l'Est Européen leur cosmopolisme et leur formation disparate ajoutent aux difficultés du contact et de la langue — celles qui découlent de la nécessité de s'adapter aux appareillages — instrumentations et même aux médicaments de type occidental et en particulier aux matériel et produits français — ce qui ajoute à la difficulté et à la complexité des problèmes sur le plan du rendement et de l'efficacité — et cela quelque soient le mérite — la valeur intrinsèque et généralement le dévouement exemplaire de ces collègues des pays de l'Est auxquels nous ne pouvons par ailleurs que rendre un vibrant hommage.

De tout cela il résulte une surcharge considérable de travail et de responsabilités qui pèsent de plus en plus lourdement et depuis de longues années sur les épaules du corps médical tunisien.

Telles sont donc les raisons majeures, les raisons de fond qui expliquent en grande partie la somme des difficultés, des récriminations et des malentendus qui concernent médecins, médecine et Santé Publique en Tunisie, depuis un certain nombre d'années et qui ont amené entre autres conséquences un net ralentissement de l'activité médico-scientifique de la Société Tunisienne des Sciences Médicales : éternel leit motiv que chaque nouveau comité rappelle et déplore invariablement tous les ans.

Mais il y a aussi des raisons autres à cette regrettable situation car en l'occurrence les responsabilités sont souvent partagées et le corps médical ne peut éclater entièrement les siennes.

Car quelque soient les difficultés et les obstacles — et ils sont de taille comme nous l'avons vu il reste que nous sommes — nous — médecins les premiers responsables car — en la matière nous sommes supposés être les plus conscients et les plus avertis.

En dernière analyse nous restons les premiers concernés et par conséquent les responsables au sens existentiel et je dirais-même sartrien du terme.

Car quels que soient les obstacles et les difficultés, les déceptions et les vicissitudes, il est pour nous une obligation de préserver sinon de développer davantage l'indispensable activité de notre Société qui ne fait que perpétuer les plus nobles traditions de la curiosité scientifique, du labeur désintéressé et tout simplement du devoir. Il s'agit pour tous les médecins tunisiens de se regrouper toujours plus solidaires dans ce lieu géométrique permanent qu'est la Société Tunisienne des Sciences Médicales autour duquel doivent se rassembler et se ranimer toutes les énergies créatrices et toutes les bonnes volontés. Car notre génération a aujourd'hui la lourde responsabilité d'entretenir la flamme sacrée qu'avait ranimée d'illustres prédecesseurs et de transmettre le flambeau aux générations futures. Et quand bien même cette flamme vacillerait par moments, nous n'avons pas le droit de la laisser s'éteindre, mais au contraire le devoir de l'entretenir, de la raviver même pour qu'un jour elle brille à nouveau de son plus vif éclat.

Mes chers collègues,

La Société Tunisienne des Sciences Médicales qui était dénommée Société des Sciences Médicales de Tunisie depuis 1902 — date mémorable de sa création, nous a légué un lourd et prestigieux patrimoine que nous ne pouvons méconnaître et encore moins — inconsciemment et à la légère — dilapider.

Il y a soixante ans exactement en 1909, elle était présidée par l'illustre Charles NICOLLE et à connu avec ce géant du Savoir, et comme l'avait dit alors Georges DUHAMEL, « l'heure du bond » qui porte aux cimes scientifiques.

C'est en la même année exactement où il présidait la Société que Charles NICOLLE avec Ernest CONSEIL et COMTE, pouvait annoncer au monde le rôle du pou dans la transmission du typhus exanthématique.

Aussitôt les savants, les médecins, les biologistes du monde entier portaient leur regard sur Tunis, sur son Institut Pasteur, sur sa Société des Sciences Médicales.

Depuis, l'essor était pris, l'audience de la Société assurée sur le plan international, une saine et fervente ardeur était imprimée aux uns et aux autres désormais.

Et que dire aussi de cette « Tunisie Médicale » fondée en 1911 par le Dr Antoine POROT celui là même qui devait créer le service de neuro-psychiatrie de l'Hôpital Civil Français et organiser en 1912 à Tunis le fameux congrès des neurologistes et aliénistes de langue française — que dire de la longue et prestigieuse histoire de cette revue sur laquelle il sera bon de revenir un jour plus longuement et dont le passé nous impose de maintenir et d'accroître encore davantage l'audience et le rayonnement!!!

Quoiqu'il en soit une date reste = 1909 — celle de la présidence de Charles NICOLLE, qui reste l'orgueil de notre Société, et nous impose la plus grande humilité en face de ce géant de la Science. Elle nous fait l'impérieuse obligation de méditer sur le passé, de nous nourrir de ses leçons pour savoir cultiver le présent afin de mieux affronter l'avenir.

Heureusement, en ce qui concerne la Société Tunisienne des Sciences Médicales et à son niveau il est un fait c'est que, quelles que soient les difficultés et elles sont nombreuses, elle a toujours su continuer son chemin. L'action méritoire des différents bureaux qui se sont succédés depuis l'Indépendance l'attestent amplement. Ainsi, grâce à l'ardeur d'une minorité d'avant garde, voire d'un carré d'irréductibles, la Société « **au minimum** » a eu l'insigne mérite d'exister et de préserver le cadre nécessaire pour maintenir une tradition absolument vitale pour le corps Médical Tunisien et par voie de conséquence pour le niveau de la Médecine en Tunisie et finalement pour la Santé de nos populations.

Car l'activité médico-scientifique de la Société n'est pas un luxe ni un quelconque divertissement parallèle et facultatif auquel se livreraient une minorité de passionnés atteints par le feu sacré des « communications et publications ».

Bien au contraire les travaux, communications et articles originaux qui sont produits en son sein et sous son égide, que ce soit au cours des séances proprement dites, ou bien sous forme de publications ou encore dans le cadre de participations à des réunions et congrès nationaux ou internationaux : toutes ces activités sont en réalité d'une élémentaire nécessité. Elles constituent un des critères majeurs qui aident à juger de la qualité de l'effort de tout médecin, de sa persévérance à la tâche et finalement de la valeur de ses approches diagnostiques et de son rendement thérapeutique, tout au long de sa carrière.

Or, à la base du manque d'empressement des collègues à saisir toute l'importance de cette activité, il existe de multiples raisons. D'abord, n'est pas donnée à tout le monde la vocation du chercheur qui malgré le lourd labeur quotidien observe, compile, analyse et parvient en fin de compte et malgré tout à publier — Pour la majorité sinon la quasi totalité il y a d'abord et essentiellement les motivations en vue de toute promotion qui constituent le moteur indispensable à toute activité humaine surtout si elle est aussi rude au départ.

Ainsi, et comme il a été souvent dit en maintes occasions, il faut que le médecin trouve des encouragements et satisfactions morales et matérielles minima, nécessaires pour tout effort soutenu de cette envergure surtout quand cet effort apparaît déjà si ardu en regard des autres tâches à la fois plus pressantes et plus rentables qui le sollicitent quotidiennement de façon « prioritaire ».

La rentabilité devant se traduire en avantages matériels rapidement réalisables ou en promotion immédiate — la stérilisation de la production médico-scientifique de certains devient d'autant plus apparente que bien souvent ces avantages et cette promotion ont été assumés plus facilement en vertu de critères tout à fait autres ou tout simplement dans l'absence totale de critères, en vertu des besoins pressants ou selon diverses autres contingences.

Mais à l'inverse, des efforts soutenus dans ce difficile domaine de la recherche n'étaient pratiquement sanctionnés par aucune distinction. Ainsi ceux qui se sont attelés des années durant à ces rudes travaux de recherche et de publications, se sont souvent rapidement découragés car ils se sont vite rendus compte que cette production si difficile par elle-même ne débouchait pratiquement sur aucune sanction.

Il faut encore signaler, malheureusement, une certaine paresse et un grand laisser aller qui pour certains remontent à très longtemps déjà et de ce fait n'offrent aucune excuse.

Il faudrait aussi ajouter le fait que nombre de confrères parmi les jeunes ne trouvent pas toujours le collègue indispensable, capable de les aider à faire équipe, à les guider sur la voie difficile de la confrontation et de la recherche.

D'autre part, l'on pouvait espérer, depuis l'institution du temps plein que nombre de confrères manifesterait plus d'intérêt à assister aux séances médico-scientifiques, qu'ils présenteraient plus de communications et écriraient davantage d'articles pour la « Tunisie Médicale ».

Il n'en a malheureusement rien été, les causes de cette carence devant être recherchées ailleurs que dans la seule paresse foncière du médecin tunisien à vouloir travailler, compiler, analyser et publier.

La encore et à la base, il faut incriminer les difficultés, les contraintes et souvent les incohérences nées d'une application rigide et sans souplesse d'un système dont les avantages et les inconvénients ont largement eu le temps — dans ces dernières années — d'apparaître et de devenir mesurables.

D'ailleurs nous le sentons tous cette question de l'organisation hospitalière, des conditions d'exercice de la médecine, a un retentissement essentiel sur l'activité médicale et scientifique et les conditionne totalement, et il ne sera pas indifférent de voir dans les prochains mois comment le choix des collègues vis-à-vis des options du temps-plein strict ou du mi-temps retentira immanquablement sur le travail hospitalier et indirectement sur la production médico-scientifique.

Que dire enfin de l'indispensable infrastructure biologique sans laquelle non seulement aucune recherche médicale — aucune production médico-scientifique en profondeur voire même aucune médecine tant soit peu de qualité ne sont praticables ?

Or en dehors même de ces contingences particulières et des obstacles qui s'y rapportent le médecin a trop souvent été en butte aux pires difficultés et tracasseries nées de pénibles malentendus provoqués souvent à juste titre par l'inconduite et les abus de certains de ses membres.

Mes Chers Collègues,

Depuis toujours, le médecin a été valorisé de signes contraires et ambivalents. En lui pouvaient paradoxalement alterner le **Bien** et le **Mal** en un mouvement dialectique de type manichéen dans la mesure où depuis des temps immémoriaux il se confondait soit avec le démon et le sorcier maléfique soit avec le prêtre-dieu dispensateur de santé, de vie et de bonheur à la communauté.

C'est ce second aspect positif et bénéfique qui heureusement a toujours fini par prévaloir pour porter la médecine aux cimes du progrès scientifique qu'elle a présentement atteint.

Mais cela n'a pas empêché et n'empêchera pas qu'à certaines époques et dans certaines sociétés qui n'ont pas atteint un degré suffisant de maturité ni de développement, les yeux restent constamment fixés sur le côté maléfique du sorcier magicien et de son homologue moderne qu'est le médecin malhonnête, incapable, charlatan ou tout simplement « insuffisant » avec qui l'on confond alors tout médecin quelqu'il soit.

C'est ainsi que de tous temps on a voulu revêtir le médecin des attributs de la divinité — présence — omniscience — infaillibilité, pouvoir miraculeux — qualités morales supérieures, de pïreté, de désintéressement, de renoncement, de sacrifice et de sacerdoce etc...

Mais dès l'instant où ces attributs divins devaient d'une façon ou d'une autre être fatallement pris en défaut, le médecin, pour peu qu'il manifestait quelque travers était alors précipité de son piédestal vers les gouffres démoniaques de l'Enfer. Il portait désormais tous les péchés originaux et redevenait l'éternel bouc émissaire de toutes les insuffisances.

Or, ce qu'on a oublié et ce qu'on oublie trop souvent c'est que — nous médecins — ne sommes ni magiciens, ni prêtres, ni dieux ni démons; mais tout simplement des hommes, avec leur grandeur et leurs faiblesses, qui se distinguent des autres en ce qu'ils sont nantis d'une mission aussi noble que difficile, tellement humaine qu'elle en apparaît presque divine, qui est celle de soulager la souffrance de leur prochain, de faire reculer pour lui et toujours plus avant les frontières de la maladie et de la mort.

Or, pareille mission reste au-dessus des forces humaines si des conditions minima de sérénité, d'objectivité et de confiance ne président pas au climat dans lequel elle doit s'exercer.

Et pourtant, toute atmosphère de suspicion et de défiance d'où qu'elle vienne ne peut que compromettre objectivement la sérénité d'esprit qui reste indispensable au médecin pour qu'il s'acquitte de tous ses devoirs professionnels et scientifiques dans la dignité et la confiance qui doivent coûte que coûte régner entre lui et le malade, et qui sont à la base même de toute relation thérapeutique. C'est dire la somme des difficultés et des malentendus qui, sur le plan des relations humaines, créent parfois autant d'obstacles sur la voie de la relance de la Médecine, de la production scientifique voire de la promotion tout court de la santé de nos populations, alors même que les pouvoirs publics déploient depuis si longtemps des efforts gigantesques et particulièrement méritoires sur le plan des réalisations matérielles et techniques, tout autant que sur celui de la médecine préventive et des campagnes prophylactiques de masse.

Or ceci étant, et les choses étant présentement ce qu'elles sont, il est inadmissible que des collègues puissent se laisser entraîner plus avant vers les chemins tortueux de l'individualisme, de l'égoïsme et des petits calculs, voire de l'inconscience professionnelle la plus caractérisée, au risque, par leur coupable exemple, d'ébranler la base sur laquelle repose tout l'édifice de la Santé Publique dans ce pays.

En effet, dans une ambiance aussi dévalorisante, dans des conditions de travail aussi pénibles et aussi ingrates le corps médical tunisien n'avait vraiment que faire des stériles et débilitantes querelles qui ont récemment contribué à diviser ses rangs, à épargiller ses forces, à épuiser davantage encore son élan et son dynamisme.

Ainsi, alors même que nous nous trouvons si démunis devant l'ampleur de la tâche et des besoins, il apparaît proprement intolérable que nos rangs puissent s'éclaircir et se disperser davantage et nos forces s'annihiler dans ces querelles intestines, dans ces questions infantiles de prestance absolument dépassées et ces interminables discussions byzantines dont le corps médical tunisien aurait bien pu faire l'économie et dont il paie aujourd'hui, à plus d'un titre, si lourdement les frais.

Outre parfois ces petits malentendus et grincements entre assistants et chefs de service ou entre collègues de la même spécialité, je veux parler de cette fameuse zizanie qui créant une coupable diversion a longtemps opposé les anciens internes des villes de Faculté et les autres et a retenti

si fâcheusement sur l'ardeur, le dynamisme et la productivité du plus grand nombre et tout récemment encore — à propos de la tarification, sur les droits et intérêts légitimes d'une bonne partie du corps médical.

Ainsi était en réalité oubliée la profonde solidarité qui nous lie les uns aux autres, dans le cadre d'une probité intellectuelle minima qui doit présider aux principes intangibles des nécessaires promotions et hiérarchies régnant en tous temps et sous tous les cieux, dans toute société policée et ordonnée.

Enfin, de cette querelle, il serait encore plus déplorable que les générations futures souffrent de quelque manière, que la formation (qualitative et quantitative) des médecins tunisiens puissent en pâtir de quelque façon, alors même que, comme nous venons de le voir, l'ampleur des besoins ira en croissant dans les perspectives décennales, compte tenu de l'augmentation du nombre des lits et de l'accroissement continu de la population.

En conséquence, il faudra donc et coûte que coûte dépasser les égoïsmes et les coteries partisanes, retrouver rapidement une cohésion devenue absolument vitale pour les uns et pour les autres, éléver le débat en se pénétrant pleinement de nos responsabilités et en saisissant la gravité de l'enjeu, évaluer sans complexes, sans faux calculs ni arrières pensées les besoins réels que la Faculté de Médecine a en cadres enseignants, compte tenu de la demande et dans ce domaine, recourir à toutes les bonnes volontés, ne rebuter aucun élan, rassembler toutes les énergies qui doivent être engagées désormais dans une saine et constante émulation en vue des nécessaires promotions personnelles et par voie de conséquence de la promotion générale de la Médecine en Tunisie.

Dans cette perspective le corps médical tunisien ne doit plus échapper davantage ses responsabilités sous prétexte qu'il est souvent incompris parfois bousculé et toujours submergé par l'ampleur de la tâche qui lui incombe.

Désormais il y a lieu qu'il change totalement sa méthode d'approche des problèmes, qu'il modifie sérieusement son optique sur tous les plans et dans tous les domaines où sa vision précédente des choses n'a manifestement pas abouti.

C'est la seule manière de rompre le cercle vicieux où nous risquons de nous laisser tous enfermer au grand détriment de la santé des citoyens dont nous avons les uns et les autres la charge et au grand préjudice de nos propres intérêts immédiats et à long terme.

Il faut donc que le corps médical tunisien se batte désormais avec la décision ferme d'aboutir et d'assumer pleinement ses responsabilités, toutes ses responsabilités, en conséquence.

Pour cela, il lui importe de prendre une conscience claire et totale de la situation, dans ses différentes perspectives et implications, de se faire une sévère autocritique pour bannir de son sein tous les germes de division d'égoïsme et d'individualisme pour ne retenir en fin de compte que ce qui rassemble et ce qui unit. C'est là une condition première pour la poursuite de sa tâche dans la dignité et l'efficacité, lesquelles en dernière analyse lui permettront de retrouver rapidement auprès des Pouvoirs Publics une audience qu'il ne tient qu'à lui de reconquérir pleinement.

Mais il ne pourra pas pour autant supporter seul toutes les responsabilités de toutes les difficultés qui en bien des circonstances ne peuvent être uniquement son fait.

Les médecins se sont ni des dieux ni des magiciens ni des démons voués à l'opprobre — éternelle dès l'instant où leur omniscience et leur omnipotence supposées apparaissent en défaut. Ce sont simplement des hommes avec leurs faiblesses, leurs petites misères et surtout leurs grandes vertus qui font toute la noblesse de leur profession et honorent en définitive la collectivité qu'ils ont choisi de servir.



51, Av Charles NICOLLE
El-Menzah
TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

CHLORAMPHENICOL B 12

- Comprimés dragifiés
- Poudre aromatisée

COMPOSITION

Comprimés

Chloramphénicol	0,250 gr
Vitamine B12	100 mcg
Excipient Q.s.p.	1 comprimé

Poudre

Chloramphénicol palmitate	13 g
Vitamine B12	0,003 g
Excipient aromatisé Q.s.p.	100 g

PROPRIETES

- L'association du chloramphénicol et de la vitamine B12 assure
- Une protection contre les effets secondaires, gastro-intestinaux et cutanés-muqueux
- Une stimulation des défenses de l'organisme

INDICATIONS

- Infections générales, infections méningées
- Infections de l'appareil digestif respiratoire et urinaire
- Maladies à virus

POSOLOGIE

Suivant la prescription médicale :

Dragées : 4 à 12 comprimés par jour.

Poudre aromatisée orale.

Enfants (moins de 15 ans) 50 mg de chloramphénicol palmitate par kg de poids et par jour.

Nourrissons (moins de 30 mois) : 50 à 100 mg de chloramphénicol palmitate par kg de poids et par jour.

N. B. — 3 cuillères-mesure correspondent à environ 253 mg de chloramphénicol palmitate.

Répartir en 3 à 4 prises régulièrement espacées

PRESENTATIONS

Flacon de 12 comprimés dragéifiés.

Flacon de 20 g de poudre aromatisée orale

TABLEAU «C»



51, Av. Charles NICOLLE
El-Menzah
TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

NEOFUNGINE

Composition

Triamcinolone Acétonide	0,010 g.
Néomycine	0,025 g.
Nystatine	1.000.000 u.
Excipient q.s.p.	10 gr.

Propriétés

Anti-inflammatoire par l'Acétonide de Triamcinolone.
Anti-microbien par la Néomycine.
Anti-fongique par la Nystatine.

Indications

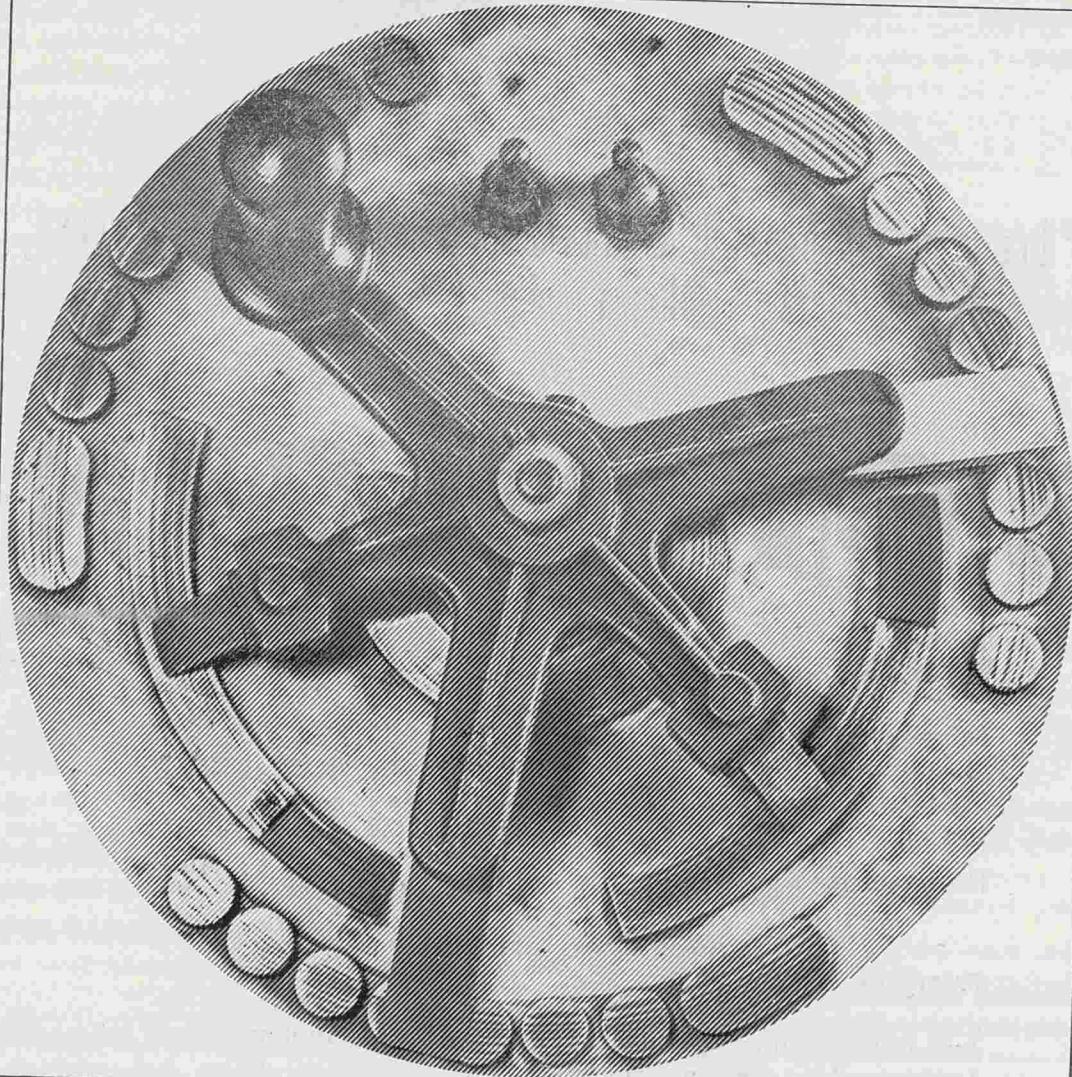
Dermites eczématiformes — Pyodermites — Déshydrose
Prurits ano-génitaux.

Présentation

Tube de 10 g.

1er

régulateur biliaire amphocholérétique •••



•••

ODDIBIL

*solution nouvelle
du problème de la douleur biliaire*

*lithiases
dyskinésies biliaires
migraines digestives
insuffisance hépatique*

posologie :
4 à 6 dragées par jour.

présentation :
Boîte de 40 dragées, dosées
à 0,25 g de Nébulisat de Fu-
maria Officinalis.

LABORATOIRE Roger BELLON
159, av. du Roule - NEUILLY sur SEINE



A propos de quelques malformations utérines type Rokitansky-Kuster Hauser

par B. FARZA, M. CHELLI et M.T. MAAMOURI

Dans le cadre de notre activité de Gynécologie-Obstétrique à l'Hôpital Charles Nicolle, nous avons toujours été intéressés par l'étude des malformations génitales. A ce sujet, notre attention a été attirée par la relative fréquence du syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser : « Cornes utérines rudimentaires non canaliculées avec aplasie vaginale », tel que l'a défini P. MULLER.

En effet, dans l'intervalle de deux ans (août 1966-août 1968), nous avons pu recueillir neuf observations dans notre service.

En présentant ces cas, notre dessein est bien modeste : notre étude a été surtout clinique, car nous n'en avons pu faire toutes les explorations biologiques et en particulier la recherche des cat-ryotypes.

Tous nos cas ont en commun :

- le motif de la consultation : aménorrhée primaire et surtout stérilité pour les six femmes mariées;
- l'absence d'anomalie similaire chez les descendants et les collatéraux;
- la morphologie typiquement féminine avec :
 - caractères sexuels secondaires normalement développés,
 - manifestations cycliques évoquant un syndrome prémenstruel,
 - courbe thermique biphasique,
- le tout témoin d'une activité ovarienne normale;
- dans tous les cas : vulve d'aspect normal;
- situation centrale de l'orifice uréthral (à mi-chemin entre la fourchette et le clitoris) : dans 6 cas;
- absence d'utérus confirmée par la coelioscopie et la laparotomie qui montrent : deux minuscules cornes utérines pleines : nodules musculaires en forme de « virgules » dont l'extrémité interne, effilée, est reliée l'une à l'autre par un repli péri-

tonéal en forme d'arc, et de la grosse extrémité externe partent les ligaments ronds et les *trompes normales et perméables*;

— les ovaires d'aspect normal et parfois kystiques (kyste de la taille d'une cerise et même d'une grosse noix, dans deux de nos cas).

Histologiquement : ovaires normaux, en état d'activité fonctionnelle, avec présence (dans trois cas) de volumineux corps progestatif (Dr MAAMOURI, Institut Pasteur, Tunis);

— la chromatine sexuelle positive : de type féminin (Dr V. A. TOMA, Hôpital Ernest Conseil).

Les particularités qui ont attiré notre attention :

- le degré de l'aplasie vaginale;
- les anomalies concomitantes

1^o Si nous avons constaté une *aplasie vaginale* totale, « véritable mur au niveau de la membrane hyménale » dans les trois cas de jeunes filles, par contre les six autres femmes :

— les deux premières, respectivement âgées de 28 ans et 26 ans, mariées depuis huit ans et sept ans, ont un vagin ample et profond de 8 cm chez l'une et de 7 cm chez l'autre;

— les autres : l'une mariée depuis 4 ans, a un vagin de 5,5 cm de profondeur, et celle mariée depuis 1 an et demi, un vagin de 4,5 cm;

— chez les dernières : deux jeunes mariées depuis seulement quelques mois, il existe certes une aplasie vaginale, mais aussi une dépression réthyménale : véritable cul-de-sac profond de 1 cm à 1,5 cm.

2^o Les anomalies concomitantes :

Au niveau de la colonne vertébrale :

— sacralisation de L₅ retrouvée dans trois cas;

Age	Antécédents	Examen clinique Organes Génitaux Externes	Antéécédents Symptomatologie	Antéécédents Symptomatologie	Examen clinique Organes Génitaux Externes	Antéécédents Symptomatologie	Antéécédents Symptomatologie	Antéécédents Symptomatologie	Antéécédents Symptomatologie
OBS. I Ti. Ch. consulte le 1-8-66 pour Stérilité 1	Morphogramme Aménorrhée I. Caractères sex. sec. normaux apparus à 14 ans. Obésité. Taille moyenne. Pilosité type Mariée depuis 8 ans.	Vulve normale. Méat uréthral forme habituelle, siège normal. Vagin : profond de 8 cm, admettant facile- ment le spéculum. Absence de col utérin et de rides du vagin. T.R. et T.V. : ni uté- rus, ni annexes.	U.I.V. : Absence d'images ré- nales lombaires. Cmbre rénale pel- viennne à gauche avec opacification calicelle et urétérale. Spina bifida : L ₃ , L ₄ et S ₁ .	U.I.V. : Absence d'images ré- nales lombaires. Cmbre rénale pel- viennne à gauche avec opacification calicelle et urétérale. Spina bifida : L ₃ , L ₄ et S ₁ .	Vulve d'aspect nor- mal. Méat uréthral, siège normal. Synd. pré-menstruel, va- riable. Incr.	Laparatomie : Absence d'utérus : petites cornes musculai- res pleines se continuant par les : Trompes normales per- meables. Grêles ligaments ronds et utéro-ovariens. Ovaires d'aspect nor- mal. Rein ectopique pelvien gauche paraissant uni- quement ovarien gauche, il existe d'importantes i- njections pré-sacrée, laté- ractale gauche et de la morphologie normale.	Biopsie des ovaires : 1 ^o Fragment d'ovaire droit entouré d'une é- paissse coque scléreuse + et comportant du tissu cortical avec hyperpla- sie conjonctive; nom- breuses cicatrices fibreu- ses de corps jaunes et rares formations à type de follicules attrésiques. 2 ^o Au niveau du frag- ment ovarien gauche : masse rétropéri- tonéale pré-sacrée, laté- ractale gauche et de la morphologie normale.	Cœlioscopie Laparatomie	Anatomie Pathologique
OBS. II Se. J. Bou. consulte le 12-10-66 pour Aménor- rée I et Stérilité	Caractères sex. sec. normaux apparus vers 15 ans.	Absence d'artères ré- nales lombaires. Existence d'une Art. qui naît de l'II. Prim. G., juste au-dessous de la bifurcation aortique et se subdivise au ni- veau de L ₅ : Art. ré- nale unique.	Laparatomie : Arc, à la place de l'utérus, terminé par 2 nODULES. Trompes normales perméables. Ovaires : a g. : petit et lisse; a d. : dimensions nor- males et Polykystique.	Biopsie des ovaires : 1 ^o Fragment d'ovaire droit entouré d'une é- paissse coque scléreuse + et comportant du tissu cortical avec hyperpla- sie conjonctive; nom- breuses cicatrices fibreu- ses de corps jaunes et rares formations attrésiques. 2 ^o Au niveau du frag- ment ovarien gauche : masse rétropéri- tonéale pré-sacrée, laté- ractale gauche et de la morphologie normale.	Autres exa- mens com- plément.				
Urogramme normal. Sacralisation de L ₅ .	U.I.V. : Absence d'artères ré- nales lombaires. Existence d'une Art. qui naît de l'II. Prim. G., juste au-dessous de la bifurcation aortique et se subdivise au ni- veau de L ₅ : Art. ré- nale unique.	U.I.V. : Absence d'artères ré- nales lombaires. Existence d'une Art. qui naît de l'II. Prim. G., juste au-dessous de la bifurcation aortique et se subdivise au ni- veau de L ₅ : Art. ré- nale unique.	Urogramme normal. Sacralisation de L ₅ .	En surface les frag- ments corticaux sont revêtus par un épithé- lium germinal dessi- nant quelques sinuo- sités profondes.					
Ovaries normaux, parfaitement for- mées.	En conclusion :								

Age	Antécédents Symptomatologie Morphogramme	Examen clinique O. G. E.	Anomalies concomitantes	Anatomie Pathologique		Chromatine sexuelle et autres examens complément.
				Cœlioscopie : Absence d'utérus. Annexes d'aspect NL. Laparatomie : Arc se continuant avec les : Trompes cathéterisées sur un trajet de 4 à 5 cm; Ovaïres d'aspect NL. Entre les trompes et l'arc on perçoit deux nodules.		
OBS. III Ja. b. Y. consulte le 19 ans 5-7-67 pour Aménorrhée I	Aucune anomalie parmi ascendants et collatéraux. Mère mariée à son cousin germain. Jeune fille de morphologie générale féminine normale, taille 1 m 50. Apparition des caractères sex. sec. vers 14 ans. Synd. pré-menstruel. Tension mammaire. Douleurs pelviennes.	Vulve d'aspect NL. Méat uréthral <i>méhan</i> , forme NL. Atresie vaginale complète. « Véritable mur » au niveau de la membrane hyménale. T.R. : on ne perçoit ni utérus, ni annexes.	U.I.V. ; Sacralisation de L ₅ . Urrogramme normal.	Cœlioscopie : Absence d'utérus. Annexes d'aspect NL. Laparatomie : Arc se continuant avec les : Trompes cathéterisées sur un trajet de 4 à 5 cm; Ovaïres d'aspect NL. Entre les trompes et l'arc on perçoit deux nodules.	Il s'agit de 2 segments de résection cunéiforme des ovaires avec deux zones distinctes : Dans la corticole : on retrouve, à divers stades évolutifs, les différents organes ovariens habituels; l'un des ovaires comporte même, au sein d'une vaste zone d'œdémation, un volumineux corps progestatif. On n'observe aucune anomalie structurale notable au niveau de l'un ou de l'autre fragment. Ccl : <i>Ovaïres fonctionnels normaux.</i>	Chromatine sexuelle + type ♀
OBS. IV Dz. Ab. consulte le 20 ans 15-2-68 pour Aménorrhée I et Douleurs pelvi. évoquant S.P.M.	Sœur jumelle. Mariée Une fille normale. Apparition caractères sex. sec normaux vers 16 ans. Taille 1 m 45. Morphologie ♀ Normale. Jeune fille.	Vulve d'aspect NL. Méat uréthral <i>méian</i> à mi-chemin entre clitoris et fourchette. Absence de vagin. Membrane hyménale non déprimée. T.R. : ne perçoit ni utérus, ni annexes.	R.A.S.	Cœlioscopie : Deux minuscules cornes utérines reliées par un repli péritonéal frontal d'où partent les ligaments ronds et qui se prolongent en D.H. par 2 trompes normales.	Ovaïres normaux en état d'activité fonctionnelle.	Chromatine sexuelle + type ♀

Age	Antécédents Symptomatologie Morphogramme	Examen clinique O. G. E.	Anomalies concordantes	Coelioscopie Laparatomie	Anatomie Pathologique	Chromatine sexuelle et autres examens complémentaires
OBS. V Fa. Sf. consulte le 27-3-68 pour Aménorrhée I et Douleurs tous les mois. (S.P.M.)	Caractères sex. sec. nouveaux apparus à 14 ans. Douleurs lombaires avec tendances lipotymiques, cycliques. S.P.M. Mariée depuis 4 ans. Rapports sexuels normaux ?, légère dyspareunie superficielle. Orgasme + Libido + Morphogramme ♀	Vulve d'aspect NL. Orifice uréthral médiан. Vagin + profond de 5 cm 5, haut de 2 cm, distance anovulaire : 2 cm. Spéculum : Absence de col, Rides du vagin + T.V. et T.R. : ne perçoivent ni uterus, ni annexes.	Coelioscopie : Deux petites cornes utérines. Trompes et ovaires d'aspects nouveaux. Laparatomie : Absence d'utérus remplacée par 2 petites cornes longitudinales en arc, pleines. Trompes normales perméables.	Deux fragments de cortex ovariens avec les différentes formations fonctionnelles caractéristiques de la période d'activité génitale.	Deux fragments de cortex ovariens avec sexuelle + type ♀	
OBS. VI M. b. Al. consulte le 2-5-68 pour Aménorrhée I et Stérilité	Caractères sex. sec. nouveaux apparus à 15 ans. A été mariée pendant 18 mois puis séparée depuis 2 ans. Morphogramme ♀	Vulve d'aspect NL. Méat urinaire médian. Vagin + admet à peine 2 doigts profond 4 cm. T parois ridees Spéculum : pas de col, cloison dans un plan frontal et sagittal oblique de d. à g. T.V. et T.R. : ne perçoivent ni uterus, ni annexes.	Laparatomie : Arc médian concave vers le haut, relatant les trompes normales et perméables. Ovaires micropolykystiques.	Deux fragments de cortex ovarien, sans anomalie de structure. On y retrouve, diversement évoluées, les différents constituants nobles de l'ovaire et en particulier des follicules primordiaux, quelques cicatrices fibreuses de corps jaunes et un corps progestatif.	Chromatine sexuelle + type ♀	

Age	Antécédents Symptomatologie Morphogramme	Examen clinique O. G. E.	Anomalies concomitantes	Anatomie Pathologique	Chromatine sexuelle et autres examens complément.
					Cœlioscopie Laparatomie
OBS. VII La. Ya. consulte le 9-7-68 pour Aménorrhée I	Fille unique. Caractères sex. sec. normaux apparus à 11 ans. Mariée depuis 2 mois et demi. Dyspareunie superficielle. Morphogramme ♀	Vulve d'aspect NL. Méat uréthral médian. <i>Aplasie vaginale</i> , mais dépressica hétéro-uréthrale : cul de sac profond de 1 cm. T. R. : ne perçoit pas d'utérus.	R.A.S.	<p>Absence d'utérus remplacé par un arc reliant les 2 trompes augmentées de volume, perméables.</p> <p>Ovaires : Droit : micropolykystique. Gauche : porte un kyste du volume d'une noix.</p>	<p>Fragments de cortex ovarien de structure normale avec ses différents organites fonctionnels habituels : les uns sont évolutifs (à 16/500 Dosages hormonaux 17 cétostéroïdes)</p> <p>Les 2 fragments sont parsemés de corps blancs cicatriciels; l'un d'eux renferme un corps progestatif.</p> <p>Ccl : Ovaires normaux.</p>
OBS. VIII Ma. Ch. consulte le 7-8-68 pour Aménorrhée I et Stérilité	Caractères sex. sec. normaux apparus à 14 ans. S.P.M. : Tension mammaire cyclique. Mariée depuis 1 an. Règles vicariantes un mois et demi après le mariage. Dyspareunie.	Vulve d'aspect NL. Méat uréthral médian. <i>Aplasie vaginale</i> . Dépression hyméniale rétro-uréthrale profonde de 1 cm. 5. T. R. : ne perçoit ni utérus, ni annexes.	R.A.S.	<p>Deux cornes utérines rudimentaires, pleines (non canaliculées à la coupe). Se prolongent par : 2 trompes Nles;</p> <p>Ovaires d'aspect NL.</p>	<p>2 fragments d'ovaires avec leurs constituants fonctionnels normaux, caractéristiques de la période d'activité génitale.</p> <p>Biopsie ovarienne bilatérale.</p> <p>Biopsie en rondelle de la corne gauche.</p>
					Chromatine sexuelle ♀ C. de Barr 59 % 16/500 U.S./24 h.

Age	Antécédents Symptomatologie Morphogramme	Examen clinique O. G. E.	Anomalies concomitantes	Laparatomie	Anatomie Pathologique	Chromatine sexuelle
OBS. IX Fa. Mel. consulte le 27-8-68 pour Aménor- rhée I	Caractères sex. sec. normaux apparus à 14 ans.	Vulve d'aspect Nl ; orifice uréthral de siège normal.	U.I.V. : urogramme Nl. Sacralisation de L ₅ .	Absence d'utérus : 2 vestiges de cornes utérines pleines en forme d'arc. Trompes nouvelles perméables.	Ovaires en état d'activité fonctionnelle sans modifications pathologiques.	Chromatine sexuelle + type ♀

— spina bifida de L₃-L₄ et S₁ dans un cas et dans celui-ci : existence d'un rein unique, pelvien gauche, que confirment la radiologie et la laparatomie.

Sans vouloir reprendre les données embryologiques et les hypothèses embryopathiques ou génétiques expliquant ce type de malformation génitale et son association éventuelle à des anomalies urinaires et vertébrales, il nous a semblé important de souligner certains faits :

1^o la relative fréquence de ce syndrome;

2^o le problème thérapeutique posé par l'aplasie vaginale : jusqu'à présent, dans notre service, nous avons cru devoir le résoudre par l'abstention chirurgicale.

Notre attitude s'appuie sur les données suivantes :

BIBLIOGRAPHIE

Toute la bibliographie importante, jusqu'en 1964, se trouve dans l'excellent rapport de :

MULLER P. — Cornes utérines rudimentaires non canaliculées avec aplasie vaginale ou syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser. XXII^{es} Assises françaises de Gynécologie. C. R. de la Soc. Franç. de Gynéc., Hypoplasie et malformation de l'appareil génital interne de la femme. Masson et Cie, 1964, pp. 321-335.

SYNDROME DE ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER
Toute la bibliographie importante, jusqu'en 1961, se trouve dans le travail majeur de :

HAUSER G.A. et SCHREINER W.E. : Das Mayer-Rokitansky-Kuster Syndrom. *Schweiz. Med. Wschr.*, 91, n° 12, 1961, pp. 381-384.

BLOCH P. : Un nouveau traitement chirurgical de l'absence de vagin (syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser). Livre des rapports du III^e Congrès mondial de Gynécologie et Obstétrique à Vienne, 11, 1961, p. 283.

BLOCH P. : Confection d'un néo-vagin par dédoublement du ligament large dans un cas de syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser. *Gynecologia*, 151, 1961, pp. 113-115.

— d'abord, le motif essentiel de la consultation a toujours été la stérilité;

— ensuite, les aléas éventuels des différentes techniques de plastie vaginale dont on sait qu'elles n'aboutissent pas toujours à un bon résultat fonctionnel;

— enfin, nous avons été encouragés, dans ce sens, par la constatation d'un vagin suffisamment ample, chez quatre de nos patientes; or, il s'agit précisément de femmes mariées depuis quelques années.

Nous sommes amenés à conclure que la patience et la persévérance du partenaire finissent par créer un « néovagin conjugal », comme l'a indiqué Henri RUF, et qui résoud, dans bien des cas, la dyspareunie, même si elle était inavouée par excès de pudeur chez nos consultantes.

DOGANOV I. et TSCHESCHANKOV C. : Ein kau-
siistischer Beitrag zum Syndrom von Mayer-
Rokitansky-Kuster. *Zschr. f. Gynäk.*, 160, 1963,
pp. 73-79.

MISCHEL W. : Das Rokitansky-Mayer Syndrom. Communication à la 63^e session de la Nord-
westdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie, à
Hambourg, 26-29 septembre 1963.

MULLER P. : Le traitement des atrésies vaginales par revêtement des parois du néo-vagin au moyen des feuillets du ligament large. C. R. de
la Soc. franç. de Gynéc., 32, n° 2, fév. 1962,
pp. 69-74.

— : Le syndrome atrésie vaginale et utérus biforme rudimentaire : considérations étiopathogéniques et cliniques. *Bull. Féd. Gynec. et Obst.*, 14, n° 1, 1962, pp. 58-61.

— : L'absence congénitale du vagin : problèmes étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. *Gazette méd. de France*, 69, n° 14, 25 juillet 1962, pp. 2277-2289.

— : L'atrésie vaginale avec cornes utérines rudimentaires non canaliculées : syndrome de Rokitansky-Kuster. *Encycl. Méd.-Chir.*, Vol. Gynéc., 120, A10, fiche rose, 1^{re} édit., 3-1963-C.

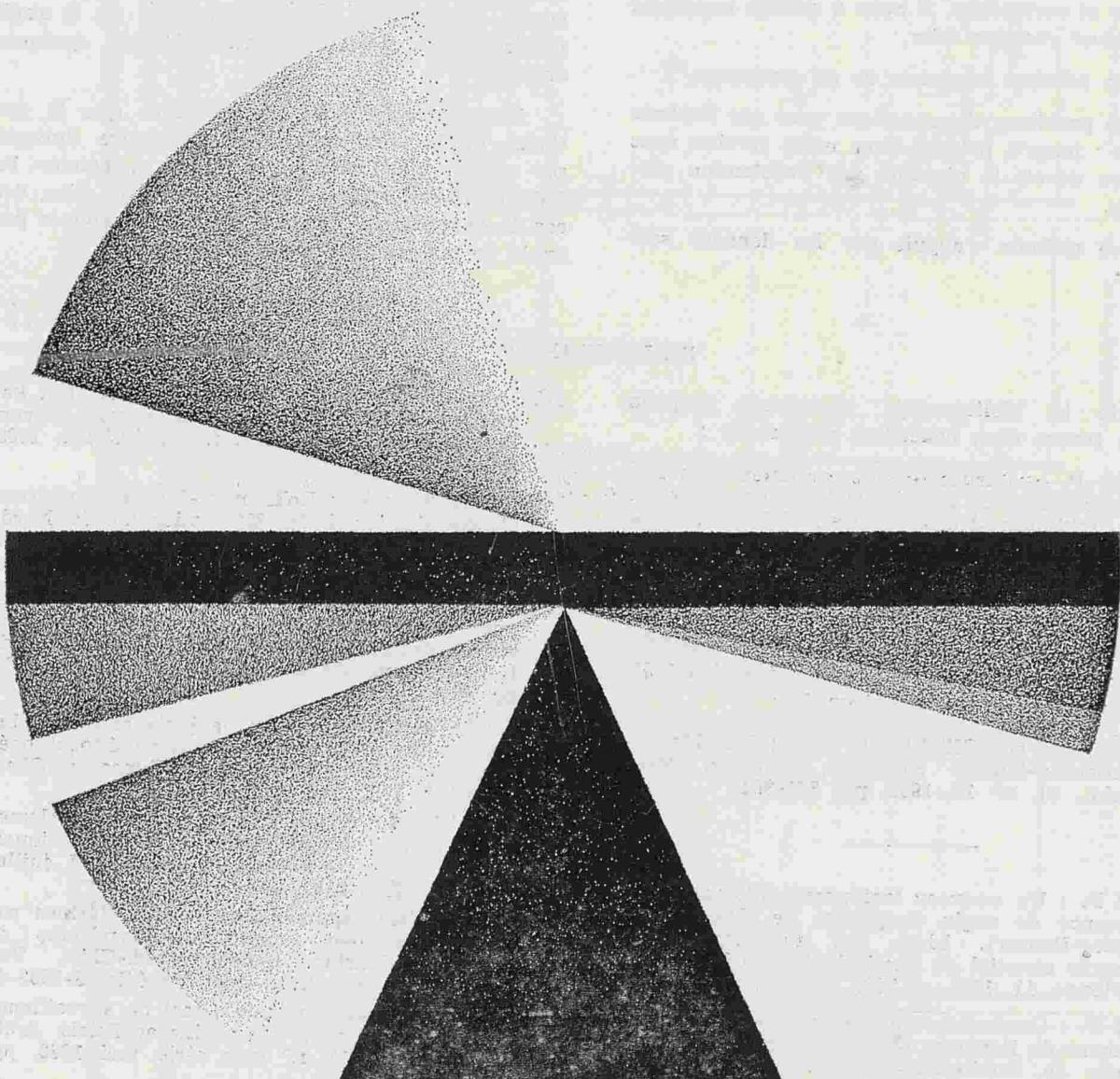
— : La cytologie vaginale : test de surveillance de l'épithérialisation des vagins artificiels. *Arch. d'Anat. Path.*, 11, n° hors série, mai 1963, pp. 43-45.

Delta-Butazolidine®

(Delta-cortisone + phénylbutazone)

Geigy

Antirhumatismal polytrope



Formule: 1,2-diphényl-3,5-dioxo-4-n-butyl-pyrazolidine + delta-cortisone

Indications: Polyarthrite rhumatoïde (P.C.E.)

Rhumatisme articulaire aigu

Rhumatisme infectieux

Spondylarthrite ankylosante

Rhumatisme goutteux

Arthroses

Périarthrites

Synovites

Contre-indications: Ulcères gastro-

duodénaux même anciens et considérés comme guéris

Ostéoporose importante

Néphrites chroniques, cardiopathies

décompensées ou en imminence de

décompensation, affections hépatiques

Hémapathies, hypersensibilité primitive

aux pyrazolés ou à la delta-cortisone

Age avancé, hypertension, diabète,

tuberculose évolutive

Grossesse (du fait de la présence de

delta-cortisone)

Posologie: A déterminer par le médecin traitant

A titre indicatif:

Adultes: Traitement d'attaque

2 dragées 3 ou 4 fois par jour jusqu'à

l'amélioration

Dose d'entretien

2 fois par jour 2 dragées ou 3 fois par jour

1 dragée

Enfants: doses proportionnelles à l'âge

Avaler les dragées (sans les croquer)

au moment des repas.

Présentation: Comprimés dragéifiés dosés à 50 mg de Butazolidine

et 1,25 mg de delta-cortisone Tableau A

Etui de 50 comprimés dragéifiés P.C. 11

Modèle-hôpital de 500 comprimés

dragéifiés

S.S. - Article 115 - A.M.G.

Laboratoires Geigy

51-55, boulevard Brune

Paris 14^e

Hygroton® Geigy

diurétique oral d'effet
prolongé

1-oxo-3-(3'-sulfamoyl-4'-chlorophényl)-3-hydroxy-iso-indoline

Indications

Œdème cardiaque, rénal
orthostatique, trophique*
Hypertension artérielle
Obésité par rétention
hydro-sodée
Syndrome prémenstruel

Contre-indication

Insuffisance rénale grave

Posologie

Traitements d'attaque et
cas graves : 1 à 2 comprimés
par jour en une seule
prise

Traitements d'entretien et
cas bénins : 1/2 ou 1 comprimé
tous les deux jours

Présentation

Comprimés à 100 mg
Tableau C
Etui de 15 comprimés P. cl. 7

S.S. -- Art. 115 - A.M.G.
Collectivités Publiques



Laboratoires Geigy
51-55 Bd Brune
Paris 14e

Nibitor

inhibiteur du spasme

**tous les spasmes viscéraux
maîtrisés sans opiacés**

Colites et Séquelles
de Colites infectieuses et parasitaires
Dyskinésies et Lithiases biliaires
Gastrites - Dyspepsies hypersthéniques
Ulcères Gastro-duodénaux
Lithiase rénale
Dysménorrhées



**ACTION RAPIDE
EXCELLENTE TOLERANCE
Quelle que soit la voie d'administration**

Soluté injectable :

Boîte de 3 flacons (+ 3 ampoules de solvant) contenant chacun, sous forme lyophilisée 2 mg :

Capsules :

flacon de 30 capsules dosées à 10 mg :

Suppositoires :

Boîte de 10 suppos. dosés à 7,5 mg :

d'OXITEFONIUM (Bromure)

1 à 3 injections I.V., I.M. ou S.C.
par jour
Tableau C

2 à 4 par jour au
moment des repas
Tableau C

2 à 3 par 24 heures
Tableau C

C.I. glaucome, hypertrophie prostatique



A propos de 66 cas de prolapsus génitaux traités chirurgicalement

par M. CHAABOUNI, T. BEN ZINEB et B.J. PANIEL (*)

En l'espace de 34 mois (de juin 1964 à mars 1967), nous avons eu l'occasion d'opérer 66 cas de prolapsus génitaux dont :

- 55 en pratique hospitalière (sur un total de 596 interventions de chirurgie gynécologique),
- les 11 autres, provenant de la clientèle privée de l'un de nous.

Nous n'avons nullement la prétention d'innover en matière de prolapsus. Notre dessein est beaucoup plus modeste. Nous avons simplement voulu en analysant nos dossiers :

- d'une part, rechercher si nos observations comportent certaines particularités liées aux conditions socio-médicales du milieu tunisien,
- et d'autre part, préciser nos tendances thérapeutiques.

* *

En premier lieu, nous ferons quelques considérations étiologiques et cliniques.

Nos 66 dossiers concernent 60 Tunisiennes et 6 Européennes. Pour pouvoir travailler sur une série relativement homogène, nous ne considérerons, dans cette partie de notre travail, que les premières.

SELON L'AGE,

elles se répartissent de la façon suivante :

- de 20 à 29 ans : 6 soit 10 %
- de 30 à 39 ans : 9 soit 15 %
- de 40 à 49 ans : 12 soit 20 %
- de 50 à 59 ans : 23 soit 38,3 %
- de 60 à 69 ans : 10 soit 16,7 %

Il nous a semblé intéressant de comparer ces taux à une statistique beaucoup plus importante publiée par MERGER et ses Collaborateurs en 1964, portant sur 750 prolapsus génitaux opérés en 13 ans. (Tableau I).

(*) Travail effectué dans le Service du Prof. agrégé M. CHELLI, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

TABLEAU I

Age	Notre statistique	Statistique de MERGER
20 à 29 ans	10 %	1,8 %
30 à 39 ans	15 %	10,5 %
40 à 49 ans	20 %	20 %
50 à 59 ans	38,3 %	28 %
60 à 69 ans	16,7 %	31 %
> 70 ans	0 %	39,7 %

On constate d'abord sur ce tableau, que relativement peu de femmes âgées (60 ans et au delà) atteintes de prolapsus se sont confiées à nous (16,7 % contre 39,7 % dans la série de MERGER). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la vieille Tunisienne répugne à consulter un gynécologue et se résigne à son infirmité qu'elle intègre probablement dans le cortège des petites misères liées à l'âge, ne croyant peut-être pas à sa curabilité.

Entre 50 et 59 ans, notre taux est par contre apparemment plus élevé que celui de MERGER (38,3 % contre 28 %).

Cependant, la majorité des prolapsus de ce groupe est constituée, dans notre série, par des ptoses à des stades très avancés, ce qui laisse supposer que les malades traînaient leur infirmité depuis plusieurs années. En Europe, consultant plus tôt, elles auraient été traitées plus jeunes. Bon nombre d'entre elles devrait donc, si on veut comparer notre statistique à celle de MERGER, être réparti sur les lignes sus-jacentes. Cela majorerait encore plus nos pourcentages de femmes plus jeunes par rapport à ceux de MERGER. Ce décalage vers le haut, dû aux consultations tardives, intéresse d'ailleurs également la tranche âgée de plus de 60 ans. Le taux de chaque décennie dans notre série, serait avec ce correctif,

à peu près comparable au taux de la décennie suivante dans la série française, et on serait tenté de conclure que le prolapsus apparaît chez la Tunisienne une dizaine d'années plus tôt que chez l'Européenne.

Deux facteurs peuvent être essentiellement invoqués pour expliquer ce fait :

— un facteur nutritionnel : malnutrition consistant surtout en une carence protidique,

— et un facteur obstétrical : mariages précoces, grandes multiparités, grossesses rapprochées, accouchements effectués dans de mauvaises conditions, lésions périnéales non réparées, reprise trop précoce des activités qui sont souvent intenses.

Pour juger du premier facteur, le facteur nutritionnel, nous avons étudié le milieu social de nos opérées.

Quant au facteur obstétrical, nous n'avons pu disposer que de la parité.

MILIEU SOCIAL :

Sur les 60 Tunisiennes opérées, 14 sont d'un milieu aisné ou moyen, soit 23,3 %, et 46 des indigentes, soit 76,7 %.

Nous avons tenté de voir si le prolapsus apparaissait plus précocément chez les indigentes que chez les autres, mais nous n'avons pu aboutir à aucune conclusion probante, nos échantillons étant malheureusement trop petits. Signalons toutefois que nos 6 opérées âgées de moins de 30 ans font toutes partie du groupe des indigentes.

PARITÉ :

Quant à la parité, il aurait également été intéressant de l'étudier en fonction de l'âge, c'est-à-dire de rechercher si à une plus grande parité correspond un taux plus important de prolapsus apparus à un âge plus jeune. Mais là encore, notre série est malheureusement trop limitée pour se prêter à une telle étude; les échantillons deviennent trop petits pour être statistiquement utilisables. Nous avons dû nous contenter de l'étudier d'une façon globale, mais en la comparant à la statistique de MERGER. (Tableau II).

On constate sur ce tableau que :

1^o Les proportions de nullipares sont pratiquement identiques dans les deux séries, l'étiologie étant

ici essentiellement congénitale. D'ailleurs, sur nos trois nullipares, nous comptons 2 malformations génitales : l'une est une androgynoïde porteuse de testicules féminisants, l'autre avait une malformation complexe de l'appareil génital interne avec absence d'utérus.

TABLEAU II

Parité	Notre statistique	Statistique de MERGER
Nullipare	3 = 5 %	3,7 %
I pare	3 = 5 %	24,4 %
II pares	4 = 6,7 %	34,2 %
III pares	6 = 10 %	18 %
IV pares	4 = 6,7 %	10 %
V pares	6 = 10 %	3,1 %
VI pares	10 = 16,7 %	3,5 %
VII pares et au delà	24 = 40 %	9,7 %
		3,1 %

2^o Jusqu'à la quatrième parité, nos taux sont très inférieurs à ceux de la statistique française, les différences étant d'autant plus marquées que la parité est plus petite. On remarquera notamment que 58 % des prolapsus de la série de MERGER concernent des femmes n'ayant accouché qu'une ou deux fois contre seulement 11 % dans la nôtre (total des 2^e et 3^e lignes).

3^o A partir de la cinquième parité, nous constatons le phénomène inverse qui s'accentue à mesure que la parité augmente.

Il semblerait ainsi à première vue, qu'en Tunisie, il faille une bien plus grande parité qu'en Europe pour déterminer la constitution d'un prolapsus et ceci malgré les mauvaises conditions obstétricales, que nous avons évoquées plus haut, et malgré la malnutrition qui serait un facteur étiologique secondaire à côté de la multiparité. Et on peut être tenté d'expliquer cette différence entre la Tunisienne et l'Européenne, par le fait que la première, soumise à une activité physique plus intense, surtout quand elle est d'un milieu rural (ce qui est le cas pour les 3/4 de nos patientes) développerait mieux ses muscles que la seconde, plus souvent sédentaire.

Cependant, ces conclusions hypothétiques doivent être tempérées par le fait que démographiquement, la grande multiparité est bien plus fréquente en Tunisie qu'elle ne l'est en France, ce qui fausse dans une certaine mesure la comparaison. Peut-être aussi, la série de MFRGER comporte-t-elle proportionnellement plus de petits prolapsus que la nôtre, ce qui n'est pas précisé.

DEGRE DU PROLAPSUS :

Dans notre série, nous trouvons :

- 9 prolapsus modérés (correspondant au classique premier degré), soit 15 %;
- 27 prolapsus moyens (deuxième degré), soit 45 %;
- 24 prolapsus très importants (troisième degré), soit 40 %.

Ce dernier pourcentage est élevé. Il semble que nos malades attendent d'être réellement gênées pour consulter et accepter de se faire opérer.

PROPORTIONS DE PROLAPSUS AVEC INCONTINENCE D'URINES :

Et c'est ainsi d'ailleurs que nous trouvons 48,3 % d'incontinence d'urines (29 cas) contre 17 % dans la statistique française.

Etudiant la fréquence de l'incontinence d'urines dans les différents degrés de prolapsus, nous avons trouvé :

- prolapsus du premier degré : 7/9;
- prolapsus du deuxième degré : 9/27 (33 %);
- prolapsus du troisième degré : 13/24 (54 %).

Ce problème de la relation entre l'importance du prolapsus et la fréquence de l'incontinence a été beaucoup discuté. Cependant, actuellement, il semble que beaucoup d'auteurs pensent que l'incontinence se rencontre surtout dans les petits prolapsus, ce qui est le cas dans notre série.

Mais ici, on remarque que dans les prolapsus du deuxième et du troisième degré, les proportions d'incontinence demeurent relativement élevées. A cela une explication possible : notre recrutement est particulier; ce sont essentiellement, comme nous l'avons déjà dit, les femmes très gênées qui s'adressent à nous, d'où une certaine sélection.

ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

A présent, nous allons étudier le traitement de nos 66 prolapsus.

Afin de mieux faire comprendre notre attitude thérapeutique, il nous a semblé utile de rappeler succinctement les principes directeurs, retenus par nous, pour la cure chirurgicale du prolapsus génital.

— On sait en effet, que le traitement de la déficience du périnée postérieur, se base sur la colpopéritéorraphie, à laquelle il faut associer lorsqu'existe une rectocèle, une réduction du calibre du rectum et une suture du fascia pré-rectal.

— On sait aussi que la colpocèle antérieure et la cystocèle nécessitent la reconstitution du système de soutien vésical qui peut être réalisée par voie périnéale pure (colporraphie antérieure avec plication du fascia de Halban, ou interposition vésico-vaginale); encore que HUGUIER et ses élèves ont mis au point une technique abdominale de suspension à l'aide d'un hamac sous-vésical en matière synthétique.

— Quant à la ptose utérine elle-même, chacun sait que c'est là où le traitement chirurgical du prolapsus a été le plus remanié et qu'actuellement, on a le choix entre les deux voies :

— *La voie vaginale* peut consister en une hystérectomie, si l'utérus est extérieuré, suivie de la reconstitution d'un plancher sous-vésical et d'un fond vaginal solides par différents procédés qui utilisent les ligaments ronds, les ligaments de Mackenrodt, et les ligaments utéro-sacrés.

— On peut aussi, par cette même voie, en conservant l'utérus, retendre ces moyens de suspension en les suturant en avant de l'isthme.

— *Par voie abdominale*, les différents procédés de ventro-fixation directe ou indirecte sont actuellement unanimement condamnés, mais on peut avoir recours à la suspension de l'isthme au disque lombo-sacré.

— Pour ce qui est de l'allongement du col, on peut y remédier au cours du temps périnéal, ou utiliser, si on est amené à opérer par voie haute, la technique de l'amputation du col, codifiée par HUGUIER.

— Nous savons que d'autres lésions, en particulier sphinctériennes, peuvent s'associer, et nécessitent un temps spécial au cours de l'intervention. Il en est de même de l'élytrocèle à laquelle on doit opposer un traitement particulier.

Ainsi, le traitement chirurgical du prolapsus peut être mené par voie périnéale, par voie abdominale, ou encore par une voie combinée.

Hormis certains cas particuliers qui imposent la laparotomie, notre éducation et notre tendance nous font préférer la voie périnéale pure. Nos observations l'illustrent bien.

En effet, sur nos 66 opérées :

— *Dans 24 cas*, nous avons pratiqué, par voie basse, une amputation sus-vaginale du col, retenu les moyens de suspension de l'utérus saturés en avant de l'isthme en y associant une colpopéritonéorraphie antérieure et postérieure. En d'autres termes, nous avons pratiqué des interventions du type Manchester.

Nous avons choisi ce type d'intervention lorsqu'il s'agissait de malades atteintes de prolapsus relativement modérés, désireuses de conserver leurs menstruations et éventuellement la fonction de reproduction. C'est ainsi que nous ne l'avons associé à une ligature de trompes que quatre fois.

Il est intéressant de signaler que deux de nos patientes ont été revues enceintes. L'une a déjà accouché; nous avons préféré pratiquer une césarienne en début de travail pour ne pas compromettre le bénéfice de la cure du prolapsus. L'autre, enceinte de trois mois, et devant retourner en France, a été confiée à nos confrères parisiens.

— *Dans 30 cas*, nous avons eu recours à l'hystérectomie vaginale selon le procédé de Campbell. Cette intervention se justifiait pour ces malades relativement âgées, porteuses de prolapsus importants. Chez elles, cette technique a le mérite de conserver une longueur suffisante de vagin (surtout qu'aucune de nos patientes n'était âgée de plus de 70 ans), tout en reconstituant un bon plancher sous-vésical et un solide fond vaginal.

— *Une seule de nos malades*, porteuse d'une cystocèle prédominante a été traitée par interposition yéso-vaginale de type Wertheim-Schauta. Ne pouvant disposer de frottis de cyto-détection, nous avons préféré renoncer dans plusieurs cas à cette technique pourtant excellente dans son principe.

— *Nous avons opéré 2 cas* de prolapsus chez des femmes antérieurement hystérectomisées.

Chez l'une, ayant eu une hystérectomie totale, nous avons eu recours à la suspension du dôme vaginal au ligament vertébral antérieur au niveau du disque lombo-sacré.

Chez l'autre, dont le col restant ne descendait pas à la traction, nous avons pratiqué uniquement

une double colpopéritonéorraphie antérieure et postérieure pour réduire les lésions.

— *Pour 9 patientes*, jeunes pour la plupart, l'utérus n'étant pas intéressé par la ptose, et le col non allongé, nous avons préféré ne pas effectuer de temps utérin, nous limitant à :

- une colpopéritonéorraphie antérieure dans deux cas,
- une colpopéritonéorraphie postérieure dans trois cas,
- et aux deux associées pour les quatre autres

Quant aux lésions associées que nous avons rencontrées, il s'agissait d'élytrocèles et d'incontinences d'urines.

Pour ce qui est de la hernie de Douglas (3 cas) nous l'avons toujours traitée en disséquant puis en réséquant le sac par voie périnéale pure.

Quant à l'incontinence d'urines, nous savons que son traitement est des plus discutés. Nous avons toujours opté pour la piqûre sous-uréthro-cervicale de type Marion, que nous effectuons d'ailleurs dans les deux sens, sagittal et frontal, comme nous l'a enseigné notre maître MUSSET. Nous préférons résérer les autres techniques, plus complexes, aux récidives, éventualité que nous n'avons encore pas rencontrée.

Enfin, signalons que, sur ces 66 cas, 3 étaient des récidives. Il est démonstratif de constater qu'il s'agissait dans les 3 cas, de malades antérieurement traitées ailleurs, selon la triple opération à la française, dont le procès n'est plus à faire.

COMPLICATIONS PER ET POST-OPÉATOIRES :

Enfin, reste à préciser que sur nos 66 cas, nous avons eu à déplorer :

- 2 cas de perforations utérines, au cours de la dilatation cervicale, facilement réparées,
- 2 cas d'hématomes pelvi-périnéaux dont l'évolution a été bénigne,
- 1 hémorragie peu importante dans les suites par lâchage d'un point de Sturmdorf,
- et 1 paralysie transitoire du quadriceps gauche.

Nous n'avons observé aucun accident thrombo-embolique.

QUANT A NOS RESULTATS,

nous n'avons malheureusement pu revoir que 16 de nos malades. Bien que pour les 16, le résultat soit excellent, et que nous n'avons eu connaissance d'aucun cas de récidive pour les autres, le recul est de toute façon insuffisant pour nous permettre d'en tirer argument.

EN CONCLUSION,

nous avons analysé 66 dossiers de prolapsus opérés. Il nous a semblé que cette affection apparaît à un âge plus jeune en Tunisie qu'en Europe. La multiparité plus que la malnutrition semble en être la cause.

Nous avons relevé une proportion importante de prolapsus accentués et d'incontinences urinaires associées probablement dûe aux consultations tardives.

Du point de vue thérapeutique, nous accordons une large préférence à la voie périnéale pure, moins choquante et aux suites, immédiate et éloignées, plus simples.

OUVRAGES ET TRAVAUX CONSULTÉS

- *Encyclopédie Médico-chirurgicale.*
- *Gynécologie chirurgicale*, par P. BROcq et H. G. ROBERT.
- *Revue du Praticien*, T. VII, n° 10 et T. IX, n° 29 pp. 3.465 à 3.658).
- Les troubles fonctionnels uréto-vésicaux en Gynécologie (XX^e assises Françaises de Gynécologie, « Masson » Ed.).
- I. GAINA : Modification du procédé de Perrin-Léger dans le traitement de l'incontinence orthostatique d'urine chez la femme. (*P. M.*, 1966, 74, n° 14, 735-736).
- A. GRANJON et B. PARENT : Prolapsus génital et incontinence d'urines. (*Gyn. Obst.*, 1965, 64, n° 2, 175-196).
- A. GRANJON et B. PARENT : La suspension rétropubienne de l'urètre et du col vésical chez la femme. (*Gyn. Obstr.*, 1965, 64, n° 5, 581-592).
- R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR, J. BERRAT : Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. (« Masson » Edit.).
- W. Z. PALISHUK et M. SHORF : Une modification de la colpo-érinéorraphie postérieure. (*Rev. franç. Gynéc.*, 1965, 60, (11) : 701-706).
- L. RENE et C. SUREAU : Place de l'interposition vésico-vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux. (*P. M.*, 1964, 72, n° 9, 501-504).
- H. G. ROBERT : Les prolapsus génitaux avec élytrocèle. (*Rev. franç. Gynéc.*, 1955, n° 1, 2, 47-61).

LA FORMULE LA PLUS COMPLETE

Hépagrume

égic

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE S.A.
B.P. 172 • 45 - MONTARGIS, FRANCE

- **inappétence, dyspepsie, état saburral**
- **hépatites, icères, cirrhoses**
- **dyskinésies biliaires, constipation**

arginine : 0,12 g - bétaine base : 0,35 g - citrate de choline : 0,80 g - inositol : 0,25 g - sorbitol : 3 g - excipient aromatisé (mandarine, citron) q.s. pour une ampoule de 10 ml. visa NL 392

1 à 3 ampoules par jour, dans un peu d'eau
boîte de 18 ampoules buvables • prix : 15,90 f • remb. s.s.

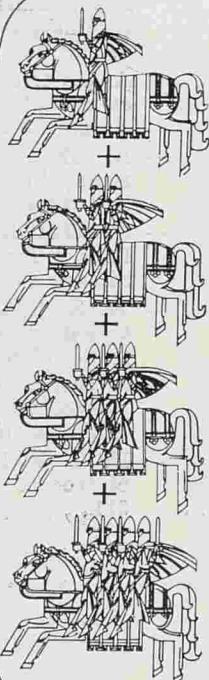
*du rhinopharynx
à l'alvéole,*

Tétrasillex

capsules
sirop

*libère l'infecté
respiratoire*

4
effets
en
1



antibiotique
fluidifiant
antitussif
eupnéique

Térasillex, une posologie simple, celle de la tétracycline

1 ou 2 capsules (250 ou 500 mg de tétracycline)
chez l'adulte.

1 ml de sirop par 5 kg de poids

petites mesures (1 ml) de sirop
soit chez l'enfant jusqu'à 1 an.

1 grandes mesures (2 ml) de sirop

ou chez l'enfant de 1 an à 8 ans.

2 cuillers à café (5 ml) de sirop

chez l'enfant au-delà de 8 ans.

4
fois
par
jour

Eviter les surdosages en sirop chez les sujets atteints d'affections rénales ou hépatiques.

COMPOSITION — Pour une capsule : Tétracycline 250 mg, Glycérylgaiacol 50 mg, Codéine 7,5 mg, Nébulisat de drosera 10 mg, Poudre de lobélie 25 mg — Pour 100 ml de sirop : Tétracycline 2,5 g, Benzoate de sodium 1,25 g, sulfogaiacol 1,25 g, Sirop de tolu 85,875 g, Teinture de drosera 0,937 g, Teinture de lobélie 0,675 g.

INDICATIONS — Affections des voies respiratoires et de la sphère O.R.L. Bronchites aiguës et chroniques, pneumopathies ; Rhino-pharyngites, rhino-trachéo-bronchites ; Angines, adénoidites, amygdales, laryngites, trachéites, otites, sinusites ; Asthme, broncho-emphysème, dilatation des bronches • Complications respiratoires des maladies infectieuses, en particulier de la grippe • Complications infectieuses des interventions chirurgicales portant sur l'arbre respiratoire et la sphère O.R.L.

PRÉSENTATION — Capsules : boîte de 16, P. Cl. 16 - Sirop : flacon de 125 ml P. Cl. 13 - flacon de 60 ml P. Cl. 7 - S.S. - Art. 115 - AMG

9/67 M

CERG



LABORATOIRES
SUBSTANTIA
92 SURESNES





FRANCE N° 1 — 3/68 M.

SON OBÉSITÉ LA MENACE

Lucofène fort E.P.
I'aidera à retrouver le juste poids.

Un seul comprimé par jour. Tube de 24 comprimés à effet prolongé dosés à soixante-quinze milligrammes de Chlorhydrate de (diméthyl, 1,1' para chlorophényl 2 éthyl) amine par comprimé. P. Cl. 14 - Tableau A - S.S.. Art. 115, A.M.G. et Cöil
A ne pas administrer aux enfants (moins de 15 ans).

**LABORATOIRES
SUBSTANTIA**
92 SURESNES



stnécipen

1 000 000 U. I. de bicalcine associés à
0,50 g de dihydrostreptomycine



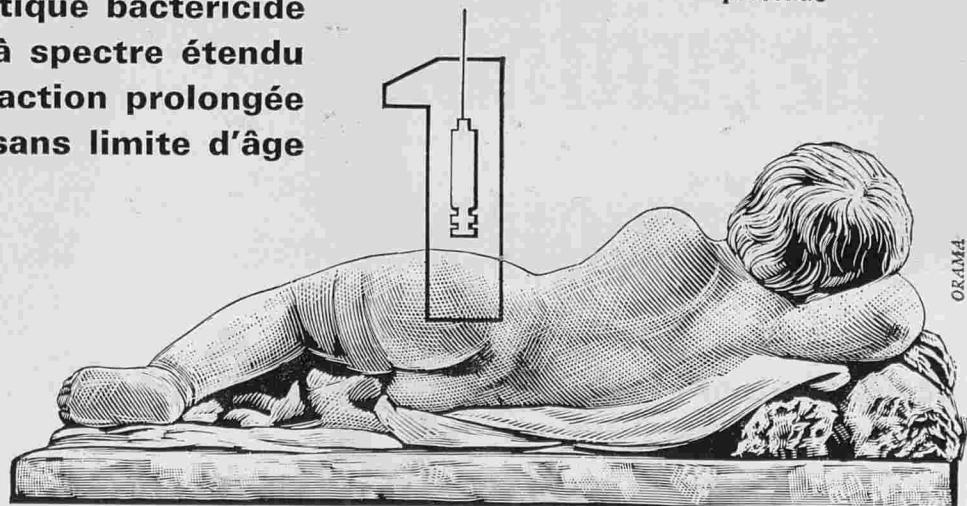
une injection tous les deux jours

flacon unitaire à diluer dans 3 ml de solvant

P. CI. 5 Tableau C

Injection
intramusculaire
profonde

**L'antibiotique bactéricide
à spectre étendu
d'action prolongée
sans limite d'âge**



ORAMA

LABORATOIRES CLIN-COMAR • 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES • PARIS V^e
DIRECTIONS MÉDICALES ET PUBLICITAIRES CLIN-BYLA

ALGER

2, rue Louise-de-Bettignies Tél. 65.74.63
B.P. 380

ORAN

5, rue de la Remonte Tél. 359.78
B.P. 159

CONSTANTINE

37, rue Jules-Ferry Tél. 54.05
B.P. 15

CASABLANCA

8, rue Saint-Quentin Tél. 437.92

TUNIS

DAKAR

ABIDJAN

TANANARIVE

FORT-DE-FRANCE

4, rue Capitaine Guynemer Tél. 247-245

3, place de l'Indépendance Tél. 210-92

B.P. 2 072

B.P. 1 305

51, rue Albert-Picquié Tél. 03.51

B.P. 1 427

6^e km, route de la Redoute Tél. 44.10

B.P. 215 Morne Cirey

Testicule féminisant : à propos de trois observations

par M. CHELLI, B. FARZA, M.T. MAAMOURI, M. HAFSIA, M.L. MEZIOU

Le syndrome de « Testicule féminisant » qui représente la forme la plus achevée des pseudo-hermaphrodismes masculins est de mieux en mieux connu depuis une vingtaine d'années. C'est surtout entre 1948 et 1953, grâce aux travaux de M.B. GODBERG et A.F. MAXWELL, L. WILKINGS et J.M. MORRIS que s'est individualisé ce nouveau type d'inter sexe appelé encore syndrome de « féminisation testiculaire ».

Pour certains auteurs, le syndrome représente le 1/3 environ des cas de pseudo-hermaphrodisme masculin.

Nous rapportons ici trois observations dont une a déjà fait l'objet d'une publication aux Archives de l'Institut Pasteur de Tunis (10). Nos trois observations apportent une contribution modeste à l'étude essentiellement clinique de ce syndrome. Elles prouvent comme il a été signalé par tous les auteurs que la symptomatologie clinique est pratiquement univoque et permet même en l'absence d'une étude histologique précise un diagnostic de quasi-certitude.

ETUDE CLINIQUE

OBSERVATION I :

Mme Khadija K.... 58 ans, vient consulter l'un de nous pour « une petite glande de la région inguino-crurale droite qui date depuis l'enfance, affirme-t-elle, mais qui est devenue douloureuse et a augmenté de volume ».

L'examen systématique de cette malade nous a fourni des éléments de valeur orientant le diagnostic. Ainsi l'on apprend que cette malade n'a jamais été réglée; que le développement des caractères sexuels secondaires s'est produit vers l'âge de 13 ans; que la patiente n'a jamais rien constaté d'anormal en dehors d'une pilosité pubienne et axillaire rare; que cette femme qui s'est mariée vers la trentaine, aurait eu une activité sexuelle normale sans encombre; mais à ce sujet, on peut noter en réalité, une certaine indifférence du cou-

ple puisque le fait de n'avoir jamais eu d'enfant et que la femme n'ait jamais été réglée n'a suscité aucune inquiétude chez les conjoints.

C'est donc à l'occasion d'une masse glandulaire dont l'existence était connue depuis fort longtemps, mais devenue récemment douloureuse et ayant augmenté de volume que cette malade est venue consulter.

D'autres éléments ont pu être précisés par l'examen physique. Le faciès et l'habitus général sont bien ceux d'une femme normale de la soixantaine; on peut noter, cependant, la rareté particulière de la pilosité axillo-pubienne; en revanche, le développement des glandes mammaires paraît normal, et il faut inspecter minutieusement pour découvrir une atrophie mammelonnaire bilatérale.

A l'examen sur table gynécologique, on peut constater des organes génitaux externes normaux, tandis qu'au cours d'un effort de toux, on découvre une légère urétrocèle et rectocèle modérée.

Le toucher vaginal nous a permis de constater l'existence d'un vagin suffisamment large et profond admettant facilement deux doigts; le relief du col utérin n'est pas perçu.

Notre attention se porte alors sur cette masse inguino-crurale droite, déjà bien visible à l'inspection; la peau à son niveau, est normale; la palpation précise qu'il s'agit d'une tuméfaction allongée, légèrement bilobée, de consistance kystique, modérément sensible à la pression, enfin, mobile dans le sens du canal inguinal. La pression douce vers le bas fait descendre cette masse vers la grande lèvre droite. L'examen comparatif contre-latéral permet d'affirmer qu'il n'existe aucune anomalie du côté opposé.

Ainsi, au terme de cet examen, nous avons pu évoquer le diagnostic devant l'aménorrhée primaire, l'absence d'utérus, la présence de cette masse inguinale, bien qu'unilatérale et enfin la morphologie du sujet typiquement féminine.

Devant cette hypothèse, nous aurions voulu pratiquer une étude biologique complète; malheu-

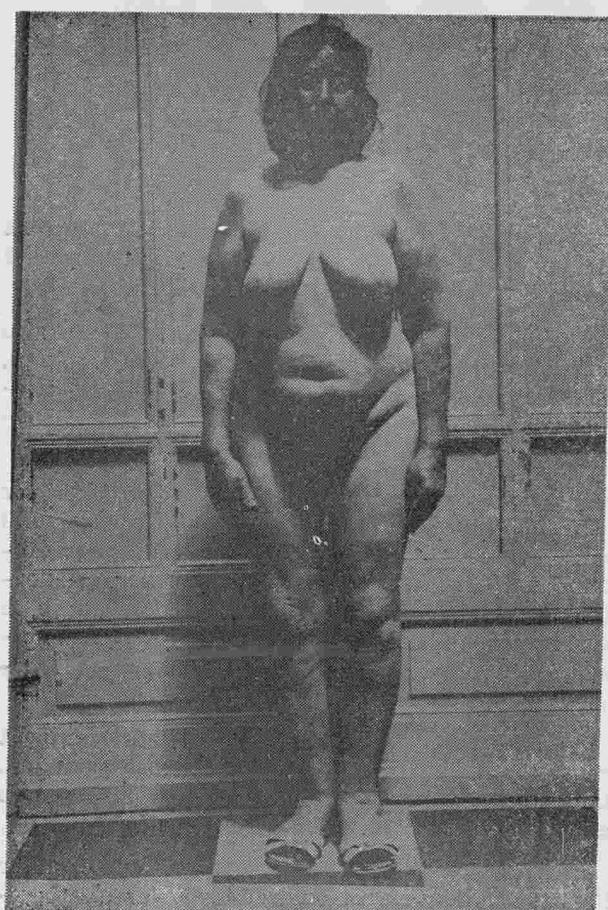


Fig. 1. — Vue d'ensemble du sujet



Fig. 2. — Seins bien développés contrastant avec des mamelons atrophiques

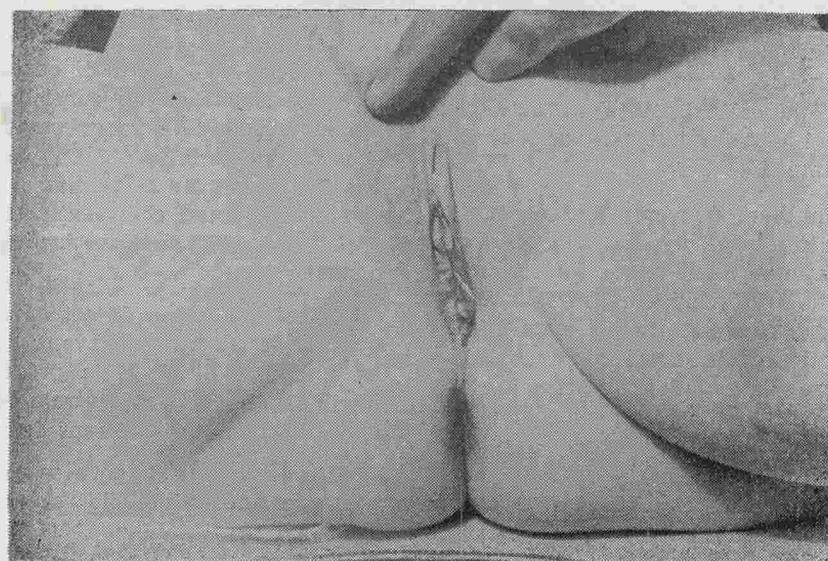


Fig. 3. — Extreme pauvreté de la pilosité pubienne

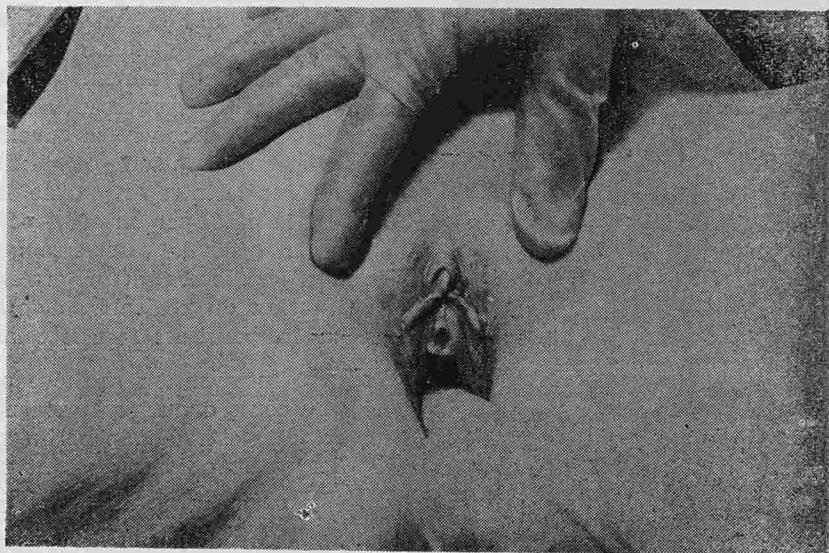


Fig. 4. — Organes génitaux externes typiquement féminins — Vagin admettant facilement le doigt

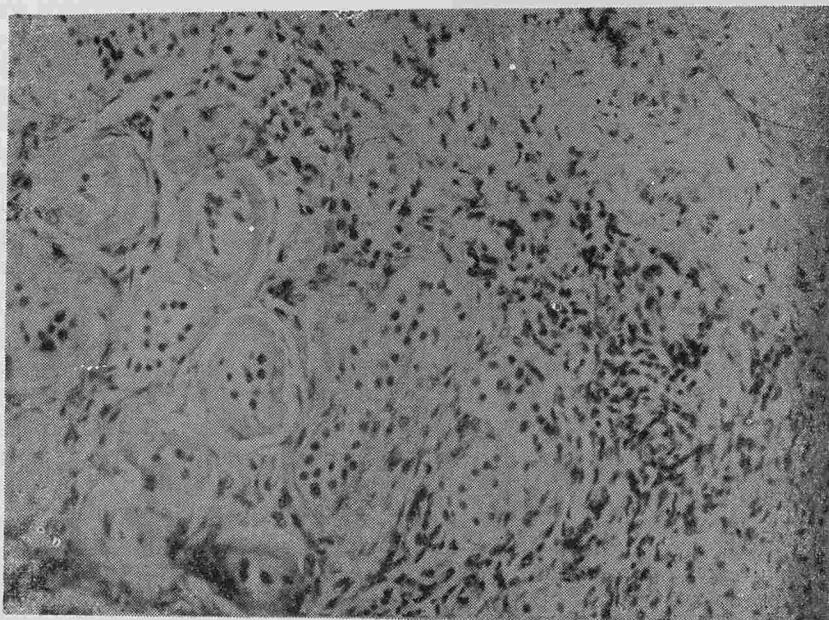


Fig. 5. — Spermatogénèse ébauchée
hyperplasie leydigienne diffuse

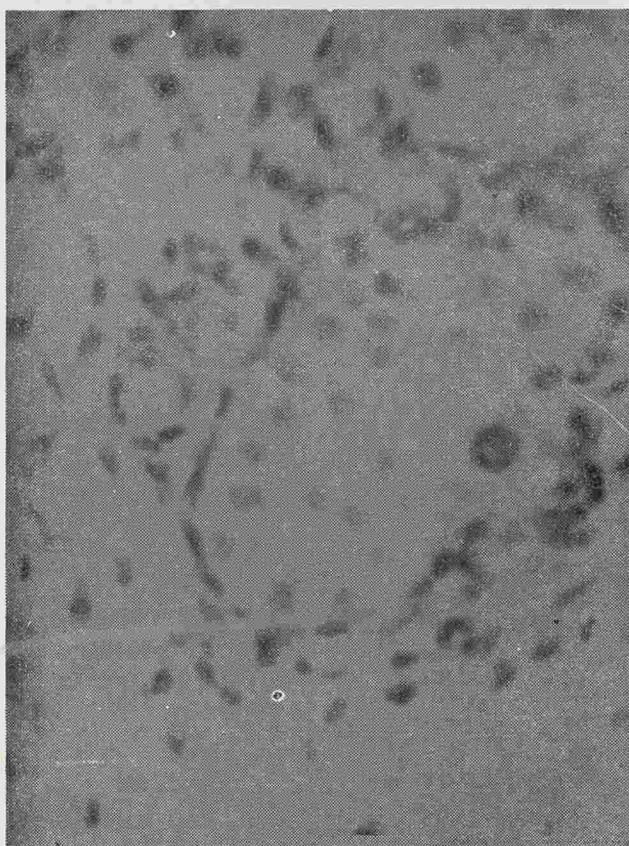


Fig. 6. — Gonade intrapelvienne. Vue d'ensemble

reusement nos possibilités restreintes actuelles nous ont forcés à nous conterter des examens suivants; disons d'emblée que les constantes sanguines habituelles sont normales; l'uropathie intra-veineuse n'a révélé aucune anomalie ni au niveau de l'urogramme, ni au niveau de la colonne vertébrale; l'étude du sexe chromatinien l'a montré du type masculin avec un pourcentage en corpuscules de Barr inférieur à 5 % (Dr BARGAOUI, Institut Pasteur de Tunis). Quant au sexe chromosomal, il est également du type mâle.

L'étude hormonologique n'a pu être pratiquée, il en a été de même pour la cœlioscopie.

Aussi avons-nous décidé d'intervenir; voici résumés les différents temps opératoires :

1. Par une incision inguinale droite, on aborde la masse glandulaire qui se révèle être située en regard de l'orifice externe du canal inguinal; cette masse est reliée par un pédicule qui plonge

dans le canal inguinal; on pratique une section de ce pédicule entre deux ligatures et l'ablation de la masse. On ferme la paroi comme à l'habitude.

2. Par incision médiane sous-ombilicale, on accède à la fosse pelvienne; on confirme l'absence d'utérus, de toute annexe droite ou de toute formation pouvant évoquer des résidus mullériens, en revanche, on découvre à gauche, là où est située normalement la fossette ovarienne, une masse glandulaire ovoïde intrapéritonéale, longue de 2 à 3 cm, reliée à la paroi par un méso-péritonéal dans lequel court un pédicule vasculaire qui semble provenir de la région lombaire; on pratique une ligature et une section du pédicule suivie de l'ablation de la masse. La paroi est fermée comme à l'ordinaire.

3. L'intervention s'achève par un temps périénal au cours duquel on pratique une réduction de la rectocèle et une colpopéritonéographie postérieure.

Les suites opératoires sont très simples.

L'examen anatomique des pièces opératoires nous a permis de porter les constatations suivantes :

1^o Macroscopiquement :

Les deux masses qui ont fait l'objet de cette exérèse chirurgicale sont assez différentes l'une et l'autre, du moins en ce qui concerne leurs dimensions et leur aspect global.

En effet, la masse inguino-crurale droite est nettement plus volumineuse : elle a la taille d'un œuf de pigeon et pèse 40 grammes; elle est enveloppée d'une tunique séreuse dont l'ouverture laisse apparaître deux formations juxtaposées de taille à peu près égale, que l'on sépare facilement : l'une de ces formations représente manifestement un petit kyste duquel on retire à la seringue 10 ml de liquide clair.

La recherche d'œstrogènes dans ce liquide a été négative (Dr KCHOUK, Institut Pasteur de Tunis). L'autre, de couleur blanc bleuté, de consistance élastique paraît bien correspondre à une gonade mâle de taille à peu près normale et cette impression est confirmée par l'examen de la tranche de section qui est bien celle d'un testicule avec son aspect finement grenu, sa couleur marron; mais ce testicule apparaît déjà macroscopiquement très remanié par d'épaisses bandes scléreuses, d'un blanc nacré. Enfin, ce testicule est revêtu à l'un de ses pôles et à la manière d'un cimier de casque par une formation évoquant un epididyme se prolongeant par un canal déférent, mais cette hypothèse

n'est pas confirmée par l'examen histologique; nous y reviendrons.

Quant à la masse enlevée du côté opposé, en dehors de son siège intrapelvien, elle est beaucoup plus petite, puisque son poids n'excède pas 8 grammes, et n'a pas de revêtement séreux, sa consistance est beaucoup plus dure que celle de la masse inguinale et son relief régulier; aucune formation kystique ne lui est accolée; enfin, à la coupe, elle se montre relativement homogène sans caractère structural particulier. Bref, au terme de l'examen macroscopique et avant l'étude histologique, la nature de ce « nodule » intrapelvien n'apparaît pas clairement à l'évidence et l'on pouvait hésiter entre un ganglion lymphatique ou une deuxième gonade.

2^e Histologiquement :

a) Il s'agit bien de deux testicules, mais dont les caractères microscopiques ne sont pas, là encore, tout à fait superposables.

En ce qui concerne le testicule, qui était en position inguinale, les différentes coupes étudiées le montrent très modifié dans sa structure par un important processus de fibrose non systématisée, détruisant l'architecture régulièrement lobulée normale, et se présentant sous forme de minces travées irrégulièrement réparties ou, beaucoup plus souvent peut-être, sous forme de bandes épaisses et d'aspect variable selon les régions examinées; c'est parfois, en effet, une sclérose jeune très cellulaire et richement vascularisée par des vaisseaux à paroi épaisse; ailleurs, encore, elle est infiltrée d'œdème, et sa structure est beaucoup plus lâche; enfin, d'importants infiltrats inflammatoires à prédominance lymphocytaire, peuvent y être notés en certains endroits.

Au sein de cette fibrose, les tubes séminifères sont différemment disposés en certaines régions, ils sont dissociés en petits groupes de 2-3 ou plus, éloignés les uns des autres et comme prisonniers du processus sclérogène.

Ces tubes séminifères sont pas une structure normale; ils sont également intéressés par le même processus fibreux; leur tunique propre est épaisse souvent d'une manière très sensible; la fibrose s'étend souvent à l'intérieur des tubes et dissocie les éléments cellulaires; enfin, dans certains groupements pseudoadénomateux, certains tubes sont totalement hyalinisés et on n'y retrouve plus aucun élément cellulaire.

Dans ces tubes séminifères, la spermatogénèse est loin d'être complète, elle n'est pas totalement absente, puisqu'elle atteint le stade de spermatogonie à noyaux croûteux, voire de spermatocytes de premier ordre.

Enfin, il existe une hyperplasie leydigienne certaine, mais plus ou moins accusée selon les endroits; il s'agit le plus souvent d'une hyperplasie diffuse, mais qui se présente parfois sous forme d'amas plus ou moins volumineux sans aller cependant jusqu'à réaliser des aspects véritablement adénomateux.

Quant au testicule intra-pelvien, il diffère, nous l'avons déjà dit, de celui qui vient d'être décrit :

— La fibrose y est beaucoup moins développée et cette constatation confirme l'impression d'homogénéité observée macroscopiquement.

— Les tubes sont plus petits, plus nombreux, tassés les uns contre les autres; leur tunique est certes épaisse, mais cet épaisissement est rarement important.

— La spermatogénèse, et ce fait nous paraît intéressant à signaler, y est beaucoup moins développée, ne dépassant point le stade de spermatogonie souche, la plupart des tubes étant d'ailleurs uniquement bordé par des éléments sertoliens.

— Enfin, on retrouve là aussi l'hyperplasie des cellules de Leydig, mais seulement sous une forme diffuse.

b) Le kyste contigu à la gonade droite inguinale est tapissé d'un épithélium cubique ou cubo-cylindrique, lui-même doublé d'une épaisse coque scléreuse.

c) La formation, prise à l'examen macroscopique pour un epididyme, se présente, histologiquement comme un cordon fibreux où la vascularisation et l'innervation sont extrêmement abondantes.

d) Insistons, pour clore cette étude anatomique, que les multiples préparations examinées n'ont permis de déceler aucun aspect en faveur d'une dégénérescence maligne.

EN RESUME :

Testicules différenciés, incomplètement matures, dont l'un de situation plus basse que l'autre comporte un début de spermatogénèse, et porteur tous deux de lésions communément rencontrées dans les testicules ectopiques.

OBSERVATION II

Concerne Mme Fatma... 25 ans qui nous est adressée par un de nos confrères Chirurgien à Kairouan (Docteur LAOUANI) pour « suspicion de testicule féminisant ».

La patiente était venue consulter notre confrère pour aménorrhée primaire, et dyspareunie.

L'examen précise qu'il s'agit d'une patiente de morphologie féminine au bassin un peu étroit avec absence de développement des glandes mammaires et atrophie mammelonaire bilatérale.

Par ailleurs, la pilosité pubienne et axillaire sont très frustes. On précise aussi qu'il y a apparition de désir sexuel à partir de 20 ans, que la malade est mariée depuis 2 ans et qu'il n'y a pas d'érection clitoridienne lors des rapports. Il n'y a pas de déviation sexuelle; la patiente semble présenter un retard psycho-intellectuel d'importance difficile à préciser.

L'examen des organes génitaux nous a permis de noter les éléments suivants :

- la fente vulvaire est longue de 8 cm;
- la hauteur du périnée est de 3 cm;

— la grande lèvre gauche est boursoufflée dans sa moitié supérieure par une glande ovulaire mesurant 4 cm de long sur 1.5 cm de large, à surface régulière, lisse, uniforme, mobile légèrement et indolore à la palpation.

La grande lèvre droite est boursoufflée également par une glande plus petite de 3 cm de long sur 1.5 de large et ayant les mêmes caractères que celle du côté opposé.

Mais du côté droit, la masse glandulaire très mobile remonte facilement au dessus de la symphyse pubienne selon le trajet habituel des testicules ectopiques. Les petites lèvres sont à peine dessinées. Le clitoris est bien développé avec un capuchon mesurant 4 cm environ. Il n'existe pas de méat urinaire visible à l'inspection. L'ouverture du sinus urogénital mesure 3 cm de hauteur admet le petit doigt uniquement sur 3 cm de profondeur.

L'examen au spéculum de vierge montre un cul de sac peu profond avec des parois sans rides.

— Le toucher rectal montre une cavité pelvienne libre. On ne perçoit ni utérus, ni annexes.

Il faut noter qu'on ne trouve pas dans les antécédents familiaux et collatéraux d'affections particulières ni de cas semblables.

Le bilan hormonal qui a pu être pratiqué a révélé :

- 6,92 mg de 17 céto-stéroïdes par 24 heures;
- 1,73 mg de Prègnandiol par 24 heures.

Nous aurions souhaité pratiquer une étude biologique plus complète, mais nos possibilités matérielles limitées nous ont restreints à nous contenter de ces examens. Nous n'avons pu en effet pratiquer ni le sexe chromatinien, ni le sexe chromosomal.

L'urographie pratiquée n'a révélé aucune anomalie ni des voies urinaires, ni de la colonne vertébrale.

Une cœlioscopie pratiquée dans un temps pré-opératoire a révélé une fosse pelvienne libre sans annexes.

Devant cet ensemble le diagnostic de « testicule féminisant » était retenu et nous avons décidé d'intervenir; voici résumés les différents temps opératoires :

- incision inguinale bilatérale;
- ouverture du canal inguinal des deux côtés;
- ablation des masses glandulaires qui ressemblent macroscopiquement à des testicules avec aspect d'épididyme les recouvrant et début de canaux déférents.

— ligature haute des pédicules génitaux; fermeture de l'orifice superficiel du canal inguinal des deux côtés.

Les suites opératoires sont satisfaisantes.

ETUDE ANATOMIQUE

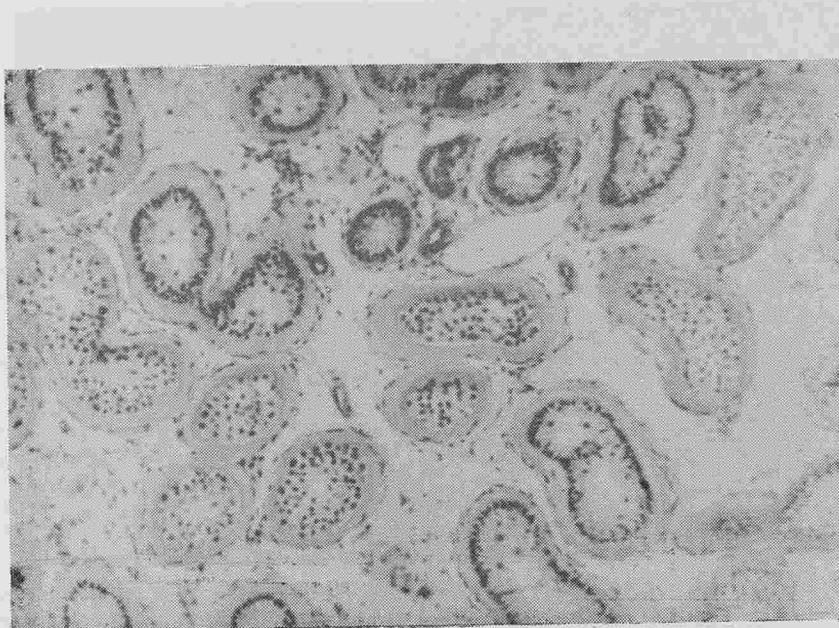
— Macroscopiquement, il s'agit de deux masses de forme oblongue, recouvertes d'une séreuse et surmontées chacune d'une formation allongée évoquant un épидidyme.

Masse gauche : 6,5 cm de long x 2,5 cm, 13 gr, 5

Masse droite : 5,5 cm de long x 2,5 cm, 12 gr.

A la coupe, les différentes tranches de section montrent d'un côté comme de l'autre un tissu blanc-grisâtre finement grenu, homogène pouvant bien correspondre à du parenchyme testiculaire. La capsule fibreuse s'épaissit à l'un des pôles de chaque masse et se prolonge sur une extrémité par un cône rétréci à la manière d'un canal déférent.

Il s'agit en effet de deux testicules qui sont le siège de modifications identiques :



Obs. II. Fig. 1. — Fibrose interstitielle — tubes séminipares avec épaississement sclérohyalin important de leur tunique propre

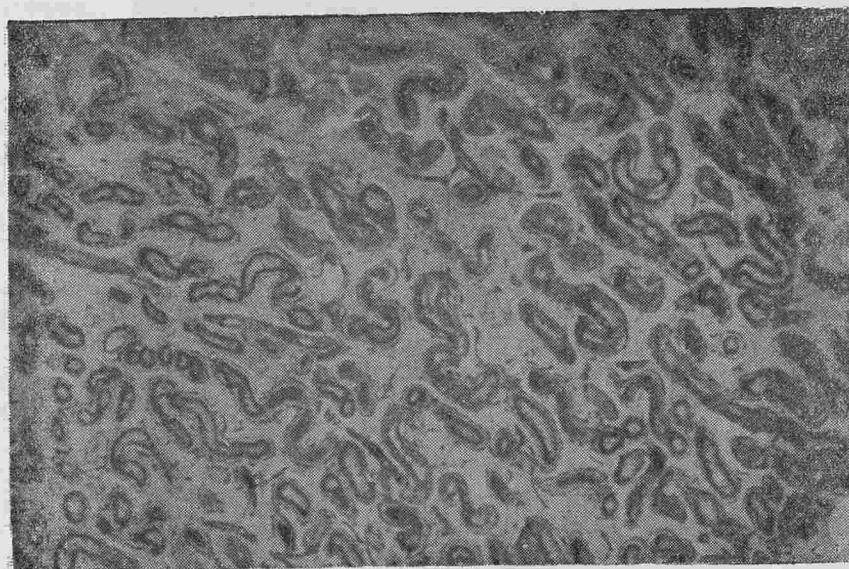


Fig. 2. — Tubes séminifères nombreux

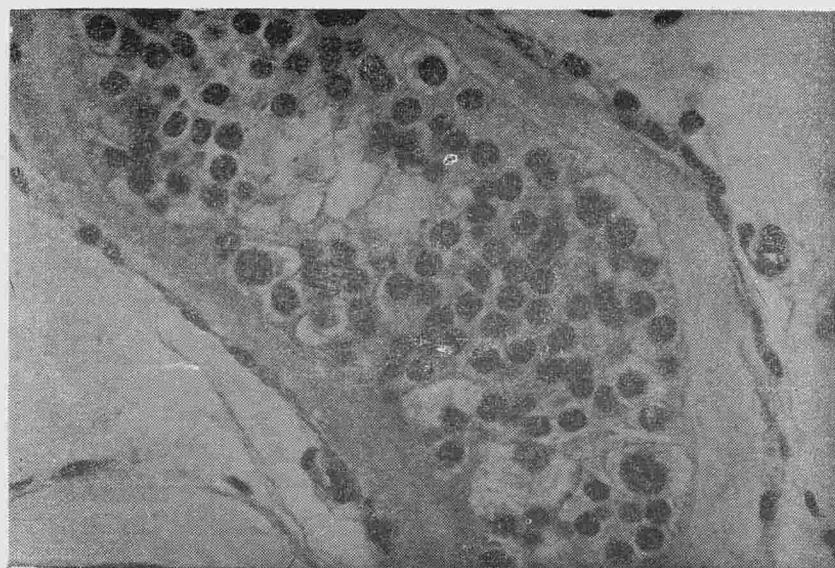


Fig. 3. — Fort grossissement

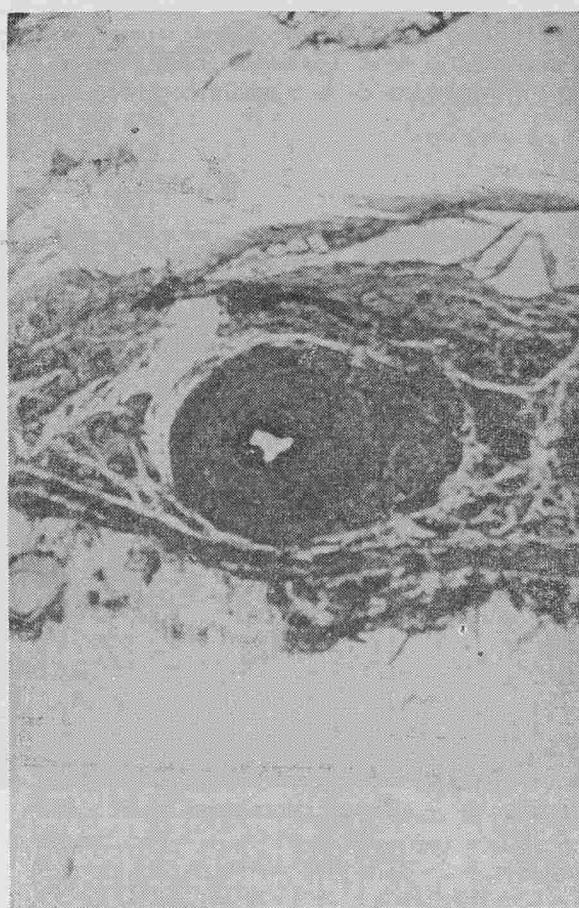


Fig. 4. — Canal déférent

Sous une albuginée épaisse, les tubes séminifères nombreux sont régulièrement disposés et séparés les uns des autres par un œdème important de l'interstitium. Ils sont entourés par une capsule hyalinisée, considérablement épaisse, enserrant des cellules germinatives plus ou moins nombreuses et dont l'évolution ne dépasse pas le stade d'auxocytes (Spermatocytes 1^o ordre).

Les cellules de Leydig sont très peu nombreuses; on trouve de rares petits amas de quelques cellules, parfois isolées, disposées dans l'œdème interstitiel.

-- Les différentes coupes ont confirmé l'existence de voies excrétrices :

Rete testis et canaux épididymaires sont bien reconnaissables mais atrophiques.

Il existe de même un canal déférent entouré de sa tunique musculaire et enrobé dans un tissu fibro-adipeux richement vascularisé.

— Au total testicules de type involutif comportant des voies excrétrices et une composante endocrine atrophique — Aucun signe de malignité.

OBSERVATION III.

Mme Fatma Ch. 27 ans vient consulter l'un de nous pour Amenorrhée primaire et stérilité. Mariée depuis deux ans, la patiente a des rapports normaux sans dyspareunie.

L'apparition des caractères sexuels secondaires semble remonter à l'âge de 14 ans = en dehors d'une faible pilosité axillaire et pubienne, la patiente dit présenter tous les mois des douleurs pelviennes avec tension mammaire = évoquant ainsi un syndrome prémenstruel.

— Absence de pilosité (mais cette patiente dit s'être épilée).

— La vulve est normale à l'exclusion d'un développement insuffisant des petites lèvres et du clitoris.

— Aucune masse n'est perçue au niveau des grandes lèvres ni dans la région inguinale.

— Le méat uréthral est situé normalement et séparé de l'orifice vaginal.

— Le toucher vaginal bidigital est aisément mais les doigts butent sur un cul de sac profond de 7 cm environ.

— L'examen au spéculum confirme l'absence de col utérin.

— Le T.R. combiné au palper ne permet pas de percevoir de tractus génital interne.

Cœlioskopie :

Les conclusions de cet examen ont été les suivantes :

— Absence d'utérus remplacé par un nodule ou un arc (à vérifier par laparatomie exploratrice).

— Il semble y avoir deux canaux longeant les glandes génitales.

Cet ensemble pourrait évoquer le syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser.

La laparatomie :

Le compte rendu opératoire est le suivant :

Cœliotomie médiane = on constate l'absence d'utérus — pas de nodule palpable il n'existe qu'un arc légèrement épais à la partie médiane.

L'arc se dirige vers les ovaires en augmentant de diamètre. On sectionne de chaque côté ce qui représente des trompes. La trompe D est cathéterisée sur sa majeure partie, la trompe G ne peut être cathéterisée. Suture de la brèche.

Ovaire D : Ovoïde 3 cm/1 cm blanchâtre, lisse, grenu de consistance ferme. Son pôle postéro-supérieur est contourné par un segment simulant une trompe et un appendice. (Ablation de ce segment et résection cunéiforme de l'ovaire).

Ovaire G : Ovoïde 5 cm/1 cm 5, lui aussi est contourné à son pôle postérieur par un segment multilobé. Résection cunéiforme.

C'est l'examen histologique qui a permis de redresser l'erreur de diagnostic.

L'examen histologique qui a porté sur trois petits fragments biopsiques a permis de porter les constatations suivantes :

Deux de ces fragments correspondant l'un au côté gauche et l'autre au côté droit ont une structure sensiblement identique, c'est celle d'un parenchyme testiculaire mais qui est porteur de modifications d'ordre dystrophique, comparables à celles qui sont couramment observées au cours des ectopies et portant d'une part sur les tubes séminipares, d'autre part sur le tissu interstitiel.

Tous les tubes séminipares sans exception présentent une très nette régression sertolienne, aucun élément de la lignée spermatogénique n'y est présent, leur tunique propre est épaisse, mais cet épaissement est rarement important. Le tissu interstitiel est le siège d'une fibrose diffuse dissociant

en certains endroits les tubes séminipares : il s'agit d'une fibrose collagène, parfois cédématisée mais sans élément inflammatoire.

Enfin il est intéressant de noter qu'il n'existe pas d'hyperplasie leydigienne notable, mais il faut signaler que la biopsie n'a porté que sur des fragments limités des 2 gonades.

Le 3^e fragment représente une petite formation kystique multiloculaire et à revêtement tubocylindrique doublé en périphérie par une coque scléreuse englobant de nombreux vaisseaux congestifs.

En conclusion, il s'agit de deux fragments de testicules dystrophiques, quant à la nature exacte de la formation kystique elle ne peut être histologiquement déterminée.

CONCLUSION.

Nous avons présenté trois observations de « testicules féminisants » qui illustrent la possibilité de diagnostic clinique de ce syndrome malgré la carence de l'étude hormonale et biologique. On constate en effet dans les 3 cas une morphologie féminine quasi parfaite en contraste avec la présence de gonades histologiquement mâles. On notera l'atrophie mammaire bilatérale et même l'absence de développement des glandes dans l'observation II.

On remarquera aussi la carence de la pilosité axillo-pubienne. Il convient de souligner qu'à l'instar des observations publiées, l'hétérosexualité est accentuée, mais demeure compatible avec un psychisme féminin et des désirs sexuels sans déviation. Une particularité mérite d'être soulignée : dans l'observation I une des gonades est intrapelvienne, dans l'observation III les deux sont intrapelviennes.

Il devient évident qu'un tel syndrome ne peut être confondu ni avec le syndrome de Turner, où il existe une petite taille et des troubles de dystrophies somatiques, ni avec d'autres tableaux : l'agenésie ovarienne ou encore le syndrome de castration prépubertaire. Dans l'observation III le diagnostic de syndrome Rokitansky-Kuster-Hauser a été soulevé, d'où la supériorité dans de tel cas de la laparotomie sur la cœlioscopie pour la recherche des gonades et leur identification histologique.

Quant au problème pathogénique soulevé par cette curieuse affection, il semble d'après les travaux des différents auteurs, qu'on puisse affirmer que cette maladie est liée à une anomalie hormonale embryonnaire.

La date de cette anomalie dans le cycle de l'embryogénèse est facile à situer, et ne prête à aucune discussion ; elle survient après la différencia-

tion gonadique puisque les testicules sont différenciés et après l'inhibition du système mullérien, ce en quoi le syndrome diffère du syndrome de Turner ; avant la différenciation du carrefour génital dans le sens masculin, contrairement à ce qui se passe dans d'autres états de pseudohermaphrodisme mâle, dans lesquels existent des malformations plus ou moins accertées ou plus ou moins complexes des organes génitaux externes.

Quant au mécanisme intime du trouble prédisant à l'élosion de l'affection, il n'est pas encore connu : diverses théories ont été émises pour l'expliquer, mais aucune ne paraît pleinement satisfaisante. La première théorie fait jouer un rôle au testicule lui-même, qui, pour NETTER secrèterait les œstrogènes, ou transformerait, du fait d'une viaction enzymatique, les précurseurs inactifs des 17 cétostéroïdes en œstrogènes, d'autres pensent que le testicule secrète des androgènes non virilisants ou des œstrogènes anormaux, voire, des composés non isolés.

Malheureusement, les diverses études hormologiques pratiquées ont fourni des résultats contradictoires, et certaines observations font état d'un taux d'hormones mâles normal, en quantité et en qualité.

Une autre théorie fait intervenir l'hypophyse, mais le taux de FSH est en général normal.

Enfin, la dernière théorie fait intervenir un trouble génétique de la réceptivité des différents tissus aux hormones sexuelles, consistant en une insensibilité ou même une inversion de l'action des androgènes. En faveur de cette hypothèse défendue par L. WILKINS, plaident les dystrophies mammaires, l'inefficacité des androgènes sur le développement du système pileux de ces malades, les fréquences des atteintes familiales, enfin, le faible développement du clitoris (obs. III).

A propos de la conduite thérapeutique à tenir, certaines notions doivent être précisées ; certes, nous avons pratiqué l'ablation des gonades chez deux de nos patientes, (la troisième ayant refusé l'intervention) mais il faut savoir que l'attitude thérapeutique n'est pas univoque, quelque soit l'âge où le syndrome est découvert. En effet, bien qu'histologiquement mâles, les gonades semblent jouer un rôle important pour assurer une puberté normale ; aussi, la majorité des auteurs préconisent l'abstention chirurgicale recommandant de n'intervenir qu'après avoir franchi nettement le stade de la puberté, car, ces testicules devenus alors inutiles, sont de plus susceptibles de dégénérescence maligne.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARBER H. W., PROFER R. and CHIFFELLE I. L. — The testicular feminizing syndrome (a type of male pseudohermaphroditism). Report of a case. *Obstet. and Gynec.*, 1962, 19, 2, 269-272.
2. BARNO A. — Testicular feminization syndrome in male pseudohermaphrodites. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1962, 846, 710-713.
3. BECK H. et BERTHAUX P. — Intersexualités : aspects pathogéniques et cliniques. *Sem. Hôp. Paris*, 1960, 36, 1, 14-19.
4. BERTHRONG M., GOODWIN W. E. and SCOTT W. W. — Estrogen production by the testis. *J. Clin. Endocrin.*, 1949, 579-592.
5. BLANCHARD. — Thèse, Nancy, janvier 1961.
6. BOUTE J., FANARD A. et LIMAGE J. — Bilans hormonaux avant et après castration chirurgicale dans un cas de pseudohermaphroditisme mâle. *Ann. Andocr. (Paris)*, 1952, 13, 513-516.
7. BRICAIRE H. — Les états intersexuels, in *Acquisitions médicales récentes* (Flammarion, édit.), Paris, 1957, pp. 51-67.
8. BRICAIRE H. et TROYER-ROZAT J. — A propos d'une observation de pseudohermaphroditisme masculin du type testicules féminisants. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. franç.*, 10, 2, 130-137.
9. CAVALLERO C. and ZANARDI F. — Male pseudohermaphroditism in three siblings. *A.M.A. Arch. Path.*, 1953, 55, 142-146.
10. CHELLI M., MAAMOURI M. T., FARZA B., BEN ZINEB T. et CHAABOUNI M. — A propos d'une observation de « Testicules Féminisants ». *Ext. des Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, 1965, N° 3-4.
11. DEAMER W. C. Testicular feminisation. *Amer. J. Dis. Child.*, 1954, 88, 14.
12. DECOURT J. et JAYLE M.F. — Pseudohermaphroditism masculin avec hyperandrogénie cortico-surrénale. *Ann. Endocr.*, 1960, 21, 4, 528-532.
13. DESORGHER G., DE BEER P. et DUCOULOMBIER H. — A propos d'un cas de testicules féminisants. *J. Sci. méd. Lille*, sept. 1962, 80, 347.
14. ERNOULS H. et STEENEGRU GGEN A. — Un cas de pseudohermaphroditism mâle et son traitement. *Ann. Endocr. (Paris)*, 1956, 17, 4, 490-498.
15. GILBERT-DREYFUS. — Les pseudohermaphrodisms masculins, in *Actualités endocrinologiques* (Edit. de Méd. Prat.), Paris, 1960, 39-44.
16. GILBERT-DREYFUS, SAVOIE J. C., SEBAOUN J., ALEXANDRE C. et BELAICH J. — Etude d'un cas familial d'androgynoïdisme avec hypospadias grave, gynécomastie et hyperoestrogénie. *Ann. Endocr. (Paris)*, 1957, 18, 1, 93, 101.
17. GOLDBERG M. B. and MAXWELL A. F. — Male pseudohermaphroditism proved by surgical exploration and microscopic examination; case report with speculations concerning pathogenesis. *J. Clin. Endocrinol.*, 1948, 8, 367-379.
18. GRANJON A. et YANNOTTI S. — Deux « sœurs » androgynoides. Etudes clinique et biologique. *Presse med.*, 1957, 65, 94.
19. GUINET P. — Le pseudohermaphroditisme mâle. *Rev. l'rat. (Paris)*, 1958, 8, 18, 2135-2147.
20. HAKKI M. BERKMEN. — Pseudohermaphroditisme mâle chez deux sœurs. *Bull. Féd. soc. Gynéc. Obstét. franç.*, 1955, 7, 4, 413.
21. HENRION R. — Le syndrome du testicule féminisant. *Gyn. Obst. (Paris)*, 1963, 62, 4, 505-534.
22. HUGGINS C. and MOULDER P. V. — Estrogen production by Sertoli cell tumors of the testis. *Cancer Res.*, 1945, 5, 510-514.
23. JOST A. — Les bases biologiques de l'interprétation de certaines anomalies sexuelles. *Ann. Endocr. (Paris)*, 1956, 17, 4, 479-484.
24. JOST A. — La fonction endocrine du testicule foetal, in colloques sur la fonction endocrine du testicule (Masson et Cie, édit.), Paris, juillet 1957, 9-18.
25. JOST A. — Intersexualité foetale provoquée par le méthylendres ténediel chez le rat. (A propos d'une observation clinique probablement similaire). *C. R. Soc. Biol. (Paris)*, 1953.
26. KENDALL B. and LOEWENBERG L. S. — Testicular feminization Report of 2 cases occurring in siblings. *Obstet and Gynec.*, 1962, 20, 3, 551-554.
27. KESSELER A. — Ueber total testikulaäre feminisierung. *Geburtsh. Frauenheilk.*, 1959, 19, 1, 31.
28. LEPRAT J. — Le pseudohermaphroditisme masculin. *Rev. Prat. (Paris)*, 1961, 11, 7, 697-706.
29. MANOU J. et Mme ERIC G. — Pseudohermaphroditisme mâle par hyperoestrinisme surrénal. *Sem. Hôp. Paris*, 1959, 35, 2777-2782.
30. MAY H. — Reconstruction and rehabilitation of pseudo and true hermaphroditis including a case testicular feminization. *Plast. reconstr. Surg.*, 1955, 16, 201-215.
31. MOLINOFF S. J. and ARMSTRONG M. V. — Testicular feminization. Viewed in the context of intersex. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1962, 83, 3, 382, 387.
32. MORRIS J. M. — Intersexuality. *J.A.M.A.*, 1957, 16, 539.
33. MORRIS J. M. — Syndrome of testicular feminization in male pseudohermaphrodites. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 65, 1192-1211.
34. NETTER A. et LUMBROSO P. — Le testicule féminisant, in *Actualités Endocrinol.* (Edit. de Méd. Pra.), 1960, 61-70.

35. NETTER A., LUMBROSO P., YANEYA H. et BELLAISH J. — Le testicule féminisant. *Ann. Endocr. (Paris)*, 1958, 19, 5, 994-1014.
36. NETTER A., MUSSET R. et LAMBERT A. — Les testicules féminisants. *La Clinique*, 1957, 513-431.
37. ROUCHY R. et QUINIOU P. — Deux observations de pseudo-hermaphrodisme masculin. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. Franç.*, 1962, 14, 2, 188-91.
38. SBILLA A. et COGHI I. — Considerazioni su due casi di « criptorchidismo feminizzante ». *Riv. Ostet. Ginec.*, 1962, 17, 8, 540-555.
39. SNOECK J., TAGNON R. et CORDIER N. — Etude clinique et biologique d'un cas de pseudo-hermaphrodisme mâle. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. Franç.*, 1952, 4, 627-642.
40. TAILLARD W. et PRADER A. — Etude génétique du syndrome de féminisation testiculaire partielle et totale. I. *Génét. Hum.*, 1957, 6, 1, 13-32.
41. WACHSTEIN M. and SCORZA A. — Male hermaphroditism; a type showing female habitus, absence of uterus and male gonads often associated with testicular tubuadenoma, report of case and review of litterature. *Amer. J. Clin. Path.*, 1951, 21, 10-23.
42. WARD-MCQUAID J. N. and LENNON G. G. — Inguinal hernias, absence of the uterus and pseudo-hermaphroditism. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1950, 90, 95-102.
43. WILNIKS L., GRUMBACH M. M., VAN WYCK J. J., SHEPARD T. H. and PAPADATOS C. — Hermaphroditism Classification diagnosis, selection of sex and treatment. *Pediatrics*, 1955, 16, 287-302.
44. ZUSPAN F. P. — Testicular feminizing syndrome in male pseudo-hermaphroditism. A report of its occurence in successive siblings. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1960, 80, 454-458.

RHUMATALGIES

pommade DEXTRARINE PHÉNylBUTAZONE

phénylbutazone.....	4 g
sulfate de dextrane	2 g
excipient pénétrant q.s.p.....	100 g

une ou plusieurs applications par jour
contre-indications : ulcères, eczémas

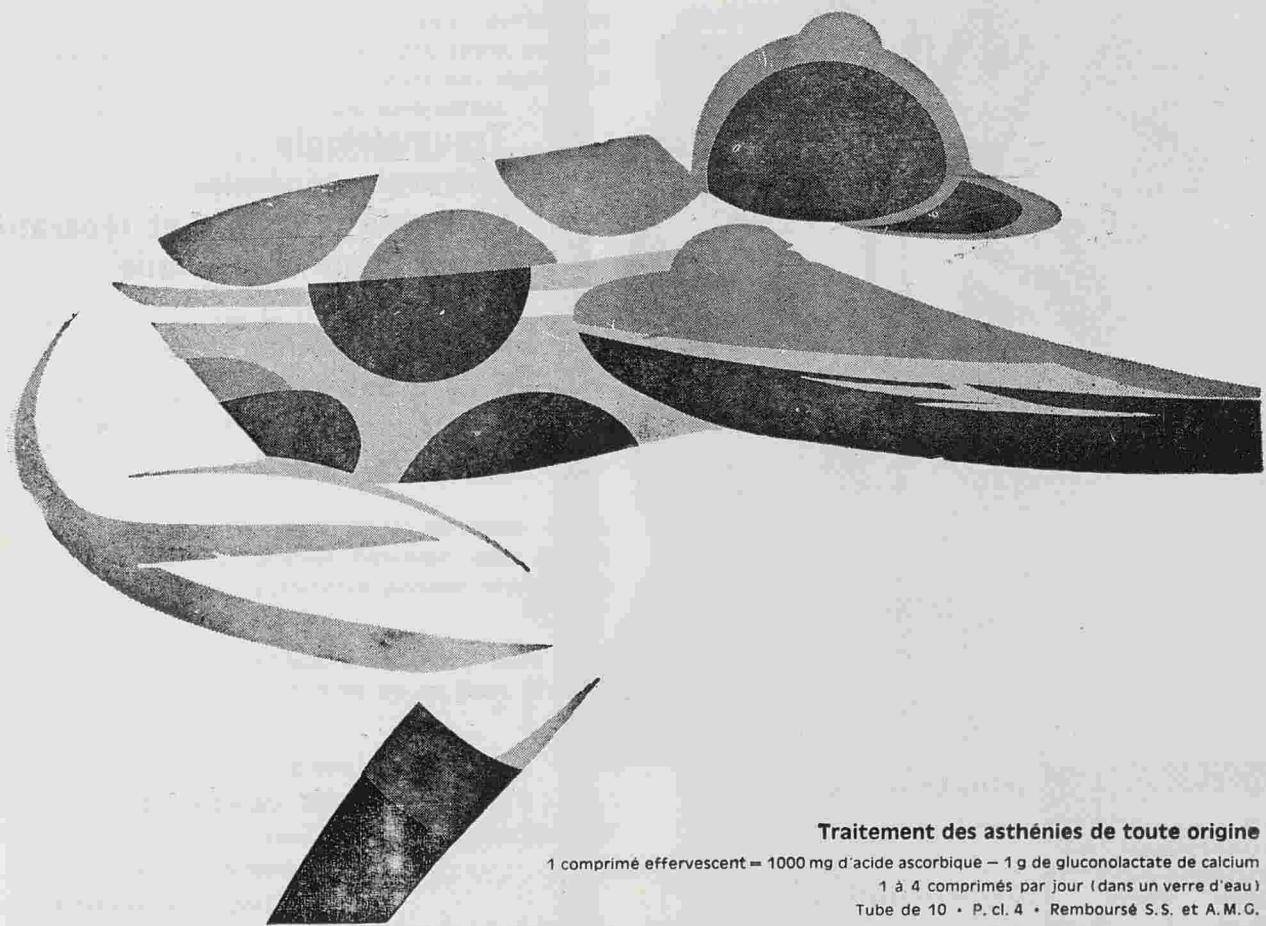
visa 466.20.052

tubes de 60 et 20 g - prix : 17,00 f et 7,20 f • remb. s.s. - tableau c

égic

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE S.A. B.P. 172 • 45-MONTARGIS, FRANCE

Ca C1000 SANDOZ



Traitements des asthénies de toute origine

1 comprimé effervescent = 1000 mg d'acide ascorbique - 1 g de gluconolactate de calcium

1 à 4 comprimés par jour (dans un verre d'eau)

Tube de 10 • P. cl. 4 • Remboursé S.S. et A.M.G.

UNE RECHARGE DYNAMISANTE SOUTENUE ET ÉQUILIBRÉE

Nouvelle Adresse

14, boulevard Richelieu — 92-Rueil-Malmaison

Téléphone : 967-79-20 - 967-77-20



d'emblée ...

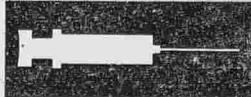
ALPHACHYMOTRYPSINE CHOAY

anti-inflammatoire de prescription quotidienne



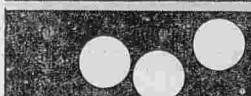
INJECTABLE

Boîte 5 flacons (25 u. C. Hb.)



COMPRIMÉS

Boîte 20 comprimés dosés à 25 u. C. Hb.



POMMADÉ

Tube 20 g 300 u. C. Hb.



S.S. — A.M.G. — P. Cl. 22 — 9 — 8

Traumatologie
Chirurgie générale
Chirurgie plastique et réparatrice
Gynécologie-obstétrique
O.R.L.
Broncho-pneumologie
Gastro-entérologie
Phlébologie
Rhumatologie

POSOLOGIE :

Voie intramusculaire (25 à 50 u. C. Hb. par jour).

Voies sublinguale et orale (5 à 8 comprimés par jour).

Voie percutanée (3 à 4 applications quotidiennes).

Triple malformation : génitale, urinaire et vertébrale. A propos d'un cas

par T. BEN ZINEB, M. CHAAPOUNI et B.J. PANIEL (*)

Si les observations de malformations urinaires associées aux malformations génitales deviennent actuellement nombreuses dans la littérature, ce n'est que récemment que certains auteurs ont signalé la possibilité d'anomalies osseuses surajoutées.

C'est une nouvelle observation de ce genre que nous voudrions présenter.

OBSERVATION :

Tijania C..., 28 ans, mariée depuis 8 ans, est venue nous consulter le 1^{er} août 1966 pour stérilité primaire.

L'interrogatoire révèle qu'elle n'a jamais été ré-glée. Cette aménorrhée primaire est isolée, sans bouffées de chaleur, ni douleur, ni molimen cata-ménial.

Il s'agit d'une femme de taille moyenne, obèse, de morphologie typiquement féminine, sans hyper-trichose, avec des caractères sexuels secondaires normaux.

Ces caractères semblent s'être développés à un âge normal sans que l'on n'ait pu en faire préciser la date.

A l'examen gynécologique on note :

- une pilosité pubienne d'aspect féminin;
- une vulve normale, avec des petites et des grandes lèvres bien développées;
- un clitoris sans particularités;
- un méat uréthral à sa place normale et de forme habituelle;
- le périnée est de taille normale;
- le vagin admet facilement le spéculum, qui révèle l'absence de col utérin et de replis muqueux.

Gêné par l'obésité, on ne perçoit, par les touchers vaginal et rectal, ni utérus, ni ovaires.

Le bilan biologique sanguin est normal.

Les frottis vaginaux, les dosages hormonaux, la courbe thermique basale, la recherche de la chromatine sexuelle et le cariotype, n'ont pu être pratiqués.

L'urographie intra-veineuse nous a révélé :

1^o L'absence d'images rénales lombaires, mais l'existence d'une ombre rénale pelvienne avec opacification du calice et de l'urètre.



N^o 1 — Urographie I V.

(*) Service du Professeur Agrégé M. CHELLI,
Hôpital Charles Nicolle, Tunis.

2^o A la lecture attentive des clichés, on note en outre un spina bifida intéressant les 3^e et 4^e vertèbres lombaires et la première sacrée au niveau de leurs apophyses épineuses, et l'ouverture du canal sacré.

Des radiographies de tout le squelette n'ont pas révélé d'autres malformations.

Pour préciser la vascularisation de ce rein pelvien apparemment unique, une artériographie fémorale est demandée (Service du Dr FOURATI), elle révèle :

- l'absence d'artères rénales lombaires;
- l'existence d'une artère qui prend son origine au niveau de l'artère iliaque primitive gauche, juste au-dessous de la bifurcation aortique. Cette artère se subdivisant au niveau de la 5^e lombaire, semble être l'artère rénale unique.



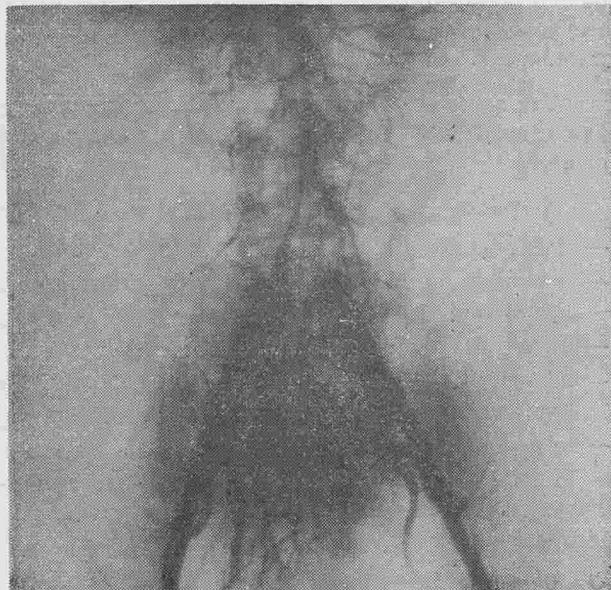
N° 2. — Artériographie

N'ayant pas à l'époque de coéloscopie, nous décidons d'explorer les organes génitaux internes par une courte laparotomie médiane sus-pubienne, dont voici le compte-rendu (Dr BENZINEB, Dr SLAMA) :

1^o Absence d'utérus : à la place de l'utérus se trouvent deux petites cornes musculaires, de 1 cm de long et de 5 mm de diamètre environ, dont les extrémités externes, légèrement renflées, se conti-



N° 3



N° 4

nuent par les trompes et donnent naissance en avant à de grèles ligaments ronds, et en arrière aux ligaments utéro-ovariens.

Entre ces deux cornes utérines est tendu un repli péritonéal qui se continue latéralement par le ligament large.

2° A droite :

La trompe est pâle, de calibre normal, mais très longue, remontant jusqu'au détroit supérieur. Son extrémité, cachée derrière un cœcum bas accolé, n'a pu être vue.

Cette trompe longe un ovaire long de 7 cm, large de 1 cm et demi, dont la corticale semble normale.

3° A gauche :

La trompe est strictement normale dans son aspect, ses dimensions et son trajet, se terminant par un pavillon avec des franges bien épanouies. Elle est souple sur toute sa longueur.

L'ovaire est également morphologiquement et topographiquement normal.

4° Le rein ectopique, révélé à l'uropathie intraveineuse, se présente comme une masse rétropéritonéale présacrée, latéro-rectale droite. A l'ouverture du péritoine, l'aspect macroscopique et la couleur confirment la réalité de ce rein, qui est de taille et de forme normale.

5° L'exploration des fosses lombaires, quoique gênée par l'adiposité de la malade, ne décèle la présence d'aucune masse pouvant évoquer un rein.

6° On pratique une biopsie ovarienne bilatérale, dont voici l'interprétation histologique :

Examen anatomopathologique des biopsies ovarianes

(Dr MAAMOURI, Institut Pasteur, Tunis)

1° Fragment d'ovaire droit entouré par une épaisse coque scléreuse et comportant du tissu cortical avec hyperplasie conjonctive; nombreuses cicatrices fibreuses de corps jaunes et rares formations à type de follicules atrésiques.

2° Au niveau du fragment ovarien gauche, il existe d'importantes images d'hyperluteinisation massive.

RESUME :

En résumé, il s'agit d'une triple malformation, génitale, urinaire et osseuse.

La malformation génitale consiste en :

- absence d'utérus remplacé par 2 cornes musculaires,
- 2 trompes pratiquement normales,
- 2 ovaires fonctionnels,
- des organes génitaux externes et des caractères sexuels secondaires normaux,
- et enfin, un vagin suffisamment ample, mais sans replis.

L'ensemble évoque le syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser.

Ce diagnostic appelle cependant des réserves :

1° Par l'existence du vagin, alors que la description classique comporte une aplasie vaginale totale ou au maximum une dépression rétrohyménale.

Huit ans de vie conjugale ont pu, peut-être, développer ce vagin, à l'instar de la méthode instrumentale de Franck.

2° Par l'existence d'un méat uréthral morphologiquement et topographiquement normal, alors qu'il a été souvent décrit en entonnoir et central.

La malformation urinaire consiste en un rein pelvien unique.

S'il est actuellement de règle de rechercher une malformation de l'arbre urinaire devant toute malformation génitale et de trouver assez fréquemment des malformations diverses, dans le cas de notre observation cette anomalie nous semble cependant majeure.

Quant à la malformation osseuse, spina bifida, intéressant plusieurs segments vertébraux, elle rend notre observation plus particulière.

En effet, une telle association n'a été qu'exceptionnellement et très récemment signalée.

**

Cette triple malformation nous a amenés :

1° A rappeler le mécanisme embryologique du syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser.

2^o De tenter d'expliquer la genèse des malformations associées.

A) L'APLASIE UTERINE.

La constitution de l'aplasie utérine a été bien expliquée par MULLER de Strasbourg.

Il s'agit d'un arrêt de développement des canaux de Müller, évoluant dans le sens crâneo-caudal vers le sinus uro-génital.

Cet arrêt se produit au cours du 2^e mois de la grossesse, quand la partie canaliculée des canaux de Müller atteint le ligament inguinal, futur ligament rond; sa partie distale, encore pleine, dépasse déjà ce dernier.

On comprend alors aisément qu'au-dessus des ligaments inguinaux, les trompes soient normales, mais qu'au-dessous de cette frontière, il existe une aplasie génitale totale.

B) L'APLASIE VAGINALE.

La constitution de l'aplasie totale ou subtotale vaginale est plus difficile à expliquer, d'autant que l'accord n'est pas unanime sur l'embryologie du vagin.

Pour RATHKE et VALENTIN il a une origine entièrement sinusale.

FRAZER, HUNTER soutiennent plutôt l'origine entièrement müllérienne.

Mais il semble qu'à l'heure actuelle la théorie la plus couramment admise est celle qui attribue au vagin une double origine :

- une origine müllérienne pour sa partie supérieure,
- et une origine sinusale pour sa partie inférieure.

De plus, pour M. AGOGUÉ, le développement morphologique du vagin serait conditionné par l'action inductive des canaux de Muller au niveau de la paroi postérieure du sinus. A cette action, la plus importante, s'ajoute le potentiel propre de la paroi du sinus.

L'influence inductive des canaux de Muller ne pouvant s'exercer que sur un épithélium sinusal réceptif.

L'aplasie vaginale dans le syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser, s'expliquerait alors par l'absence de l'action inductive des canaux de Müller.

La dépression rétro-hyménale qu'on rencontre parfois dans ce syndrome, serait le témoin de l'origine sinusale de la partie basse du vagin.

LE REIN PELVIEN UNIQUE.

Nous rappelons d'abord que l'association relativement fréquente d'anomalies génito-urinaires s'explique par l'interdépendances des canaux de Wolf et de Müller.

Le canal de Wolf paraît jouer le rôle d'inducteur dans la formation du canal de Müller.

L'existence d'un rein unique nous amène à expliquer l'agénésie rénale hétérolatérale.

L'agénésie rénale :

Normalement le canal de Wolf émet un bourgeon urétérique ascendant qui va à la rencontre d'une ébauche métanéphrogène, origine du rein.

L'aplasie rénale est dûe à un défaut d'ascension du bourgeon urétérique.

L'agénésie, par contre, est dûe à l'absence de coiffe métanéphrogène.

Dans notre observation, nous ne pouvons préciser s'il s'agit d'une agénésie ou d'une aplasie. L'aplasie rénale est une découverte, rare, de la laporotomie.

L'observation de GIBERT qui a constaté la présence d'un mégion rénal de la taille d'un haricot, est d'ailleurs la seule à notre connaissance, dans la littérature.

L'ectopie rénale :

Quant à la topographie pelvienne de ce rein unique, elle s'explique aisément par un défaut d'ascension du métanéphros de la région caudale à la région lombaire.

LES MALFORMATIONS OSSEUSES.

Enfin, les troubles de la morphogénèse, responsables des anomalies uro-génitales, peuvent s'étendre au mésenchyme lombo-sacré environnant le métanéphros et expliquer les anomalies osseuses.

Tous ces mécanismes embryologiques, aboutissant à ces malformations se déroulent au cours du 2^e mois de la gestation.

Reste un dernier problème à discuter.

LE DETERMINISME DES LESIONS.

S'agit-il d'embryopathies ou de tares génétiques ?

Dans le cas du syndrome de Rokytansky-Kuster-Hauser la chromatine sexuelle est toujours positive, de type féminin.

Seul, MULLER de Strasbourg, la trouve forte-
ment abaissée, pratiquement négative.

Le caryotype montre toujours un équipement chromosomique normal, de formule XX avec 46 chromosomes, sans anomalies chromosomiques décelables.

Par contre, le cas d'une forme familiale du syndrome de Rokytansky-Kuster-Hauser, décrit par ANGER, HÉMET et ENSEL de l'Ecole de Médecine de Rouen, serait en faveur d'une tare génétique.

Les méthodes cytogénétiques actuelles ne permettent pas de trancher cette question.

Le problème reste donc entier.

CONCLUSION

Nous avons présenté un cas de triple malformation : génitale, urinaire et osseuse.

Devant cette aplasie utérine, avec trompes et ovaires normaux, on a évoqué le syndrome de Rokytansky-Kuster-Hauser, qui aurait perdu une de ses caractéristiques anatomiques (l'absence de vagin), parce que vu tardivement et à un âge inhabituel (28 ans).

La notion d'affections vues après une longue évolution est caractéristique, malheureusement, des pays en voie de développement.

Heureusement, dans le cas de notre observation, l'évolution s'est faite dans le bon sens : le problème du néo-vagin a été résolu par le couple lui-même.

Le rein pelvien unique, malformation urinaire associée, rare, a une importance pratique considérable. Sa présence, révélée par l'uropathie intra-veineuse systématique, évitera au médecin averti, toute manœuvre susceptible d'être traumatisante.

Un cas de culdoscopie aveugle, qu'a vécu l'un d'entre nous, nous fait frémir à postérieur.

Il s'agit d'une malade qui a subi cet examen à Paris, pour stérilité. Quelques jours après son retour à Tunis, la patiente a dû subir une néphrectomie à la suite d'un syndrome d'hémorragie interne, apparu secondairement, et dû au traumatisme rénal.

Les lésions osseuses, sans manifestations cliniques, sont une découverte de la lecture attentive des clichés de l'uropathie intra-veineuse. Leur association à la malformation génito-urinaire ne semble pas être due au hasard : cependant des explications embryologiques plus claires sont encore à chercher.

médication de l'efficience intellectuelle

levet kraemer

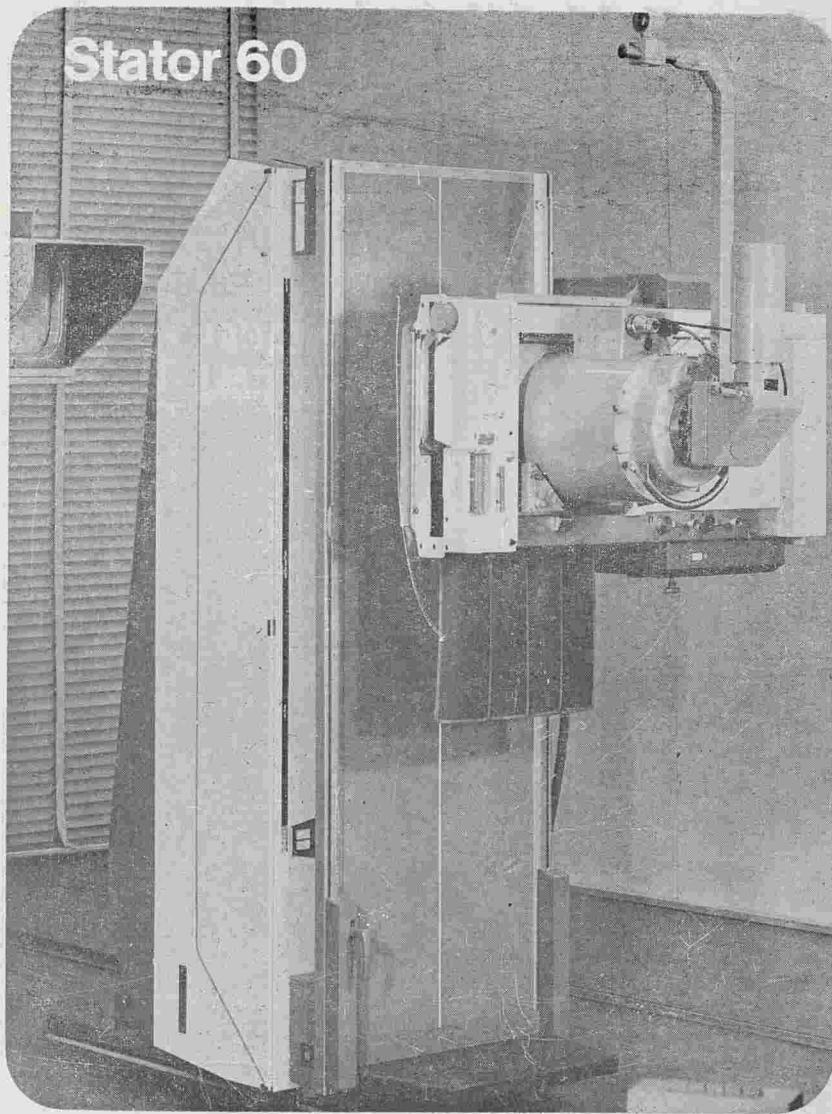


LÉVOGLUTAMINE HOUDÉ

- surmenage professionnel et scolaire
- déficiences psychiques congénitales ou acquises
3 comprimés par jour pendant 15 à 20 jours
- alcoolisme : sevrage simple, confusion mentale, prédélirium
6 à 18 comprimés par jour
- séquelles de traumatismes crâniens
10 à 15 comprimés par jour

flacon de 60 comprimés dosés chacun à 40 mg de monoamide de l'acide L-glutamique

laboratoires houdé 15 rue olivier métra paris 20 tél. 797.51-09



Statif basculant universel
à 2 tubes fonctionnant en
toutes positions:

verticale, oblique, horizontale,
trembleembourg 30°.

Plan coulissant en toutes
directions.

Explorateur pour tous formats:
13×18 à 35×35.

Diaphragme du tube
solidaire du statif,
se réglant automatiquement
au format choisi.

Potter Bucky avec Amplimat.

Colonne porte-ampoule avec
tomographie automatique
verticale ou horizontale.

société anonyme
MASSIOT PHILIPS
matériel médical

ROUTE DE BEZONS
78 CARRIERES-SUR-SEINE (YVELINES)
TÉLÉPHONE 968 40 00

MASSIOT PHILIPS TUNISIE 15 RUE DU 18 JANVIER 1952 TUNIS



la solution azotée injectable la plus riche en azote

ALIMENTATION
PARENTÉRALE



TROPHYSAN

FORMULE TROPHYSAN GLUCIDIQUE 50 : *DL*-tryptophane 0,80 g • *L*-arginine (monochlorhydrate) 1 g • *DL*-thréonine 1,35 g • *DL*-isoleucine 1,35 g • *DL*-valine 1,85 g • *DL*-phénylalanine 1,85 g • *DL*-leucine 2,15 g • *DL*-méthionine 2,20 g • *L*-lysine (monochlorhydrate) 3,34 g • Glycocolle 25 g • Inositol 1 g • Sorbitol 49 g • Chlorhydrate de pyridoxine 0,03 g • Amide nicotinique 0,05 g • Acide ascorbique 0,50 g • Chlorure de cobalt 0,002 g • Chlorure de manganèse 0,002 g • Bicarbonate de potassium 0,70 g • Chlorure de sodium 0,15 g • Hydroosulfite de sodium 0,30 g • Chlorure de potassium 0,07 g • Eau distillée apyrogène Q.S. 1000 ml.

CONTRE-INDICATIONS : Insuffisance cardiaque - Œdèmes rénaux - Comas hyperammoniémiques.

POSOLOGIE.

Perfusion intraveineuse.

Chez l'adulte : 500 à 2.000 ml

Chez l'enfant : 30 ml par kg de poids
(forme TROPHYSAN Simple et
TROPHYSAN Glucidique 50
seulement).

Voir les conditions de ventes sur notre tarif "HOPITAUX"

PRÉSENTATIONS.

Flacons de 500, 250 et 100 ml

Prix public : classes 9 à 30

Remb. S.S. 90 % -

Admis par les Collectivités et
l'Assistance Publique.

égic

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE S.A.

B.P. 172 - 45 - MONTARGIS, FRANCE

Observations de malformations congénitales d'enfants issus de couples consanguins

par B. FARZA, M. CHELLI et A. REBEL

Nous rapportons ici trois observations de malformations congénitales graves, apparues chez des enfants issus de parents présentant une consanguinité étroite.

OBSERVATION I :

Mme M..., 2^e geste, I pare, âgée de 22 ans, est admise, le 8 octobre 1966, en urgence, à la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle, pour un avortement spontané au 5^e mois; quelques heures après son admission, la patiente expulse un fœtus malformé.

L'examen clinique du fœtus permet de noter les malformations suivantes : (Fig. 1).



FIG. 1

- un bec de lièvre total bilatéral;
- une amélie (absence du membre supérieur droit);
- une ccelosomie inférieure avec omphalocèle de type sous-ombilical (le cordon ombilical s'insérant au pôle crânial).

Dans les antécédents de la mère, nous avons retenu les éléments suivants :

— Cette femme est mariée, depuis quatre ans, à son cousin germain, âgé de 28 ans; les deux conjoints ne présentent aucun antécédent pathologique.

— Le couple a eu un premier enfant de sexe féminin, né à terme, après une grossesse normale, régulièrement suivie. Cet enfant, actuellement âgé de deux ans et demi, n'a aucune malformation décelable et aucun trouble du comportement.

— La dernière grossesse a évolué sans particularité jusqu'à trois mois et demi : en effet, on n'a décelé aucune notion d'absorption de médicaments, ni aucune maladie, en particulier virale. Mais, vers la fin du quatrième mois, la gestante signale avoir présenté une « éruption » au niveau des membres inférieurs, qui a été étiquetée « érythème noueux » par un dermatologue. Ce confrère lui a prescrit, durant trois semaines, le traitement suivant : Streptomycine (1 g. tous les 2 jours), INH (Isoniazide 300 mg/j.) et Acétate de paramétasone (« Dilar » 6 mg/j.).

Les suites de l'avortement ont été simples; pendant l'hospitalisation de la patiente, nous avons pratiqué un certain nombre d'examens complémentaires, qui ne nous ont pas orientés vers une étiologie précise.

OBSERVATION II :

Mme F..., 6^e geste, VI pare, âgée de 30 ans, est admise en travail, le 27 février 1968, dans notre Service, au huitième mois de sa grossesse; quelques minutes après son admission, l'accouchement s'est déroulé spontanément et terminé par l'expulsion brutale, en Occipito-Pubienne, d'un garçon vivant de 2 kg. 950, cyanosé, présentant quelques hoquets respiratoires. L'enfant n'a jamais crié et les batte-

ments cardiaques ont disparu une heure après la naissance.

Cependant, dès la période d'expulsion, l'attention est attirée par un certain nombre d'anomalies de ce produit de conception : en effet, la délivrance s'est effectuée en même temps que se dégageait l'abdomen de l'enfant. Après expulsion complète de tous les éléments de l'œuf, nous avons relevé les données suivantes : (Fig. 2).



FIG. 2

— le placenta (550 g.), est relié directement et sans cordon ombilical au fœtus, par une poche amniotique cylindrique;

— l'enfant présente une forme majeure de cœlosomie inférieure associée à une ectromélie (pied droit réduit à une petite palette molle), une cryptorchidie et une imperforation anale.

La dissection a montré, en particulier :

— une cardiomégalie très marquée (le cœur occupe toute la cage thoracique, les poumons sont ré-

duits à de minces languettes), l'oreillette droite forme une grande poche anévrismale entre les deux veines caves très dilatées;

- un seul gros rein paramédian gauche, relié par un uretère dilaté à une vessie extrophiée;
- une ectopie testiculaire, inguinale à droite et lombaire à gauche;
- une absence du canal anal : le côlon très dilaté se termine par une extrémité borgne, accolée à la face postérieure de la vessie;
- des malformations squelettiques (absence de pubis et, à droite, existence d'une pièce osseuse reliant la douzième côte à l'os coxal).

Elle est mariée à un cousin germain âgé de 35 ans; il n'existe aucun antécédent pathologique connu chez ce couple.

Cette femme a eu cinq grossesses normales :

- Première grossesse : accouchement naturel à terme d'un garçon âgé actuellement de neuf ans et qui est bien portant;
- Deuxième grossesse : accouchement naturel à terme d'un garçon âgé de six ans et qui est bien portant;
- Troisième grossesse : une fille, née normalement à terme, mais qui est décédée à l'âge de trois mois d'une affection que l'interrogatoire n'a pu préciser;
- Quatrième grossesse : accouchement gémellaire d'un garçon et d'une fille, tous deux bien portants;
- Cinquième grossesse : accouchement naturel à terme d'une fille âgée actuellement de deux ans et demi et bien portante.

Par ailleurs, l'interrogatoire n'a pas permis de retrouver la notion d'une affection en particulier virale. Mais la femme nous signale qu'elle s'est fait administrer dans un but abortif, pendant deux jours consécutifs, au début de cette sixième grossesse (après quatre jours de retard de règles), un million de Pénicilline et un gramme de Streptomycine par voie IM. !

OBSERVATION III :

Mme S..., 8^e geste, VII pare, âgée de 30 ans, est admise dans notre Service, le 10 janvier 1967, au septième mois, pour un accouchement prématuré; la parturiente expulse successivement et en siège complet :

- un fœtus, qui se révèle un monstre double, de sexe féminin, mort-né et qui pèse 1 kg. 900; (Fig. 3).

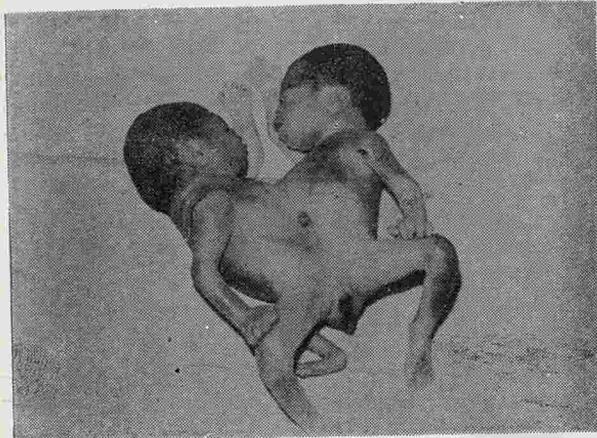


FIG. 3

- une fille, pesant 1 kg. 100, ayant crié faiblement, sans aucune malformation apparente et qui est décédée au bout de 48 heures.

La délivrance a été naturelle : le placenta, pesant 850 g., était composé d'un gâteau en apparence unique, en forme de sablier avec une cloison médiane, sans anastomoses vasculaires. On constate une insertion vélamenteuse et excentrique des deux cordons. L'examen de la cloison montre qu'il s'agit d'une grossesse biamniotique et bichorale.

L'étude, par deux d'entre nous, de ce monstre double (un autosite, catadidyme, sysomien), ayant fait l'objet par ailleurs d'une publication détaillée (3), nous ne retiendrons des malformations complexes, qu'il présenté, que les suivantes :

- la disposition d'un double appareil urogenital (bouchement de quatre canaux de Wolff dans un seul cloaque), deux vulves étagées et séparées par un orifice anal imperforé;
- les deux grêles fusionnés au niveau du diverticule de Meckel;
- la continuité de l'appareil circulatoire entre les deux constituants assurée par une anse anastomotique;
- dans la région du bassin, la présence de trois membres inférieurs : deux se rattachent au corps d'une façon apparemment normale et un troisième rudimentaire, avec malformations des orteils, s'articule au niveau de la région lombo-sacrée.

Quant à la fille née avec ce monstre double, son autopsie n'a révélé aucune anomalie.

Nous n'avons pu relever aucun antécédent pathologique chez cette femme. Mais elle est mariée à un cousin germain, âgé de 38 ans, lui-même sans antécédents particuliers.

Du point de vue obstétrical, on note :

- 4 grossesses avec accouchements normaux à terme d'enfants vivants et bien portants;
- une F. C. spontanée au 3^e mois;
- 2 accouchements prématurés : l'un au 8^e mois (fille décédée au 3^e jour); l'autre au 7^e mois (garçon décédé au 8^e jour).

Aucune malformation apparente n'a été signalée.

Au cours de sa huitième grossesse, la femme n'a présenté aucune maladie et n'a absorbé aucun médicament.

Ces trois observations, bien que différentes du point de vue tératologique, posent le problème étiologique du déterminisme des malformations fœtales.

Il eût été utile, dans ces trois cas, de faire des explorations complètes pour rechercher un éventuel facteur biologique qui puisse être tenu pour responsable de la malformation. Pour des raisons matérielles, notre travail reste incomplet et ne comporte, en particulier, ni l'étude des caryotypes, ni l'étude du spermogramme des procréateurs. Les examens complémentaires de routine que nous avons pu obtenir, en particulier sérologiques, se sont révélés normaux.

Mais les données, que nous avons signalées, nous permettent d'affirmer qu'aucune virose patente ni affection particulière ne peuvent être retenues dans nos trois observations. Dans deux d'entre elles, on peut discuter de l'action éventuelle de médicaments :

— OBS. I : On sait que l'Isoniazide peut avoir une influence nocive sur le produit de conception, mais toutes les observations, que nous avons pu retrouver dans la littérature, relatent des troubles dans le développement du système nerveux, susceptibles d'engendrer chez les enfants un retard psycho-moteur et des convulsions (4). Nous n'avons pas trouvé d'études signalant des malformations semblables à celles que nous avons décrites. De plus peut-on incriminer ce produit alors qu'il n'a

été administré que bien après la période d'embryogenèse, à la fin du 4^e mois ?

— OBS. II : L'administration de Pénicilline-Streptomycine à faible dose et de courte durée a-t-elle pu jouer un rôle ? A notre connaissance, aucun auteur n'a décrit de telles malformations, même si la Streptomycine est administrée pendant les premières semaines de gestation.

Nous n'avons aucun élément statistique ou clinique qui nous permette d'incriminer l'âge des conjoints.

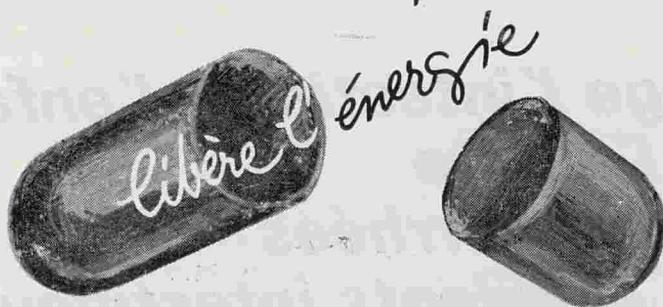
Le seul élément objectif que l'on puisse retenir est la consanguinité, qui se retrouve dans nos trois observations.

Plusieurs études ont montré que les couples consanguins engendrent plus de malformés (1, 2). Nos observations soulignent une fois de plus que la consanguinité offre un terrain particulièrement favorable à l'action des facteurs tératogènes, décelables ou non.

BIBLIOGRAPHIE

1. BEN BRAHEM R. : Famille nombreuse et santé de l'enfant. *Progrès Social de Tunisie*, Numéro spécial (18), août 1964, 73, 81.
 2. Consanguinity and Congenital Anomalies in south India : A Pilot Study. *Indian J. Med. Res.*, 1966, 54/12, 1160, 1167.
 3. FARZA B., REBEL A., DOLLANDER A. et PANIEL B.J. : Etude de l'anatomie macroscopique d'un monstre double autosite catadidyme sysomien, de sexe féminin. *C. R. Assoc. des Anatomistes de Langue Française*, 1967, 138, 509-514.
 4. MONNET P. et Coll. : De l'influence nocive de l'Isoniazide sur le produit de conception. *Lyon Médical*, 1967, 218 (38), 431, 455.
- On trouvera par ailleurs des renseignements complémentaires dans les ouvrages suivants :
- AHLFELD : Die Missbildungen des Menschen. Leipzig, 1880.
 - BALLANTYNE J.W. : Teratologia, 1894, 1, 44 et 101. 1895, 2, 210.
 - BOURNE G.L. et BENIRSCHKE K. : Arch. Dis Childhood, 1960, 35, 534.
 - CAULLERY M. : Biologie des jumeaux. Presses Universitaires de France, Paris, 1945.
 - DUHAMEL B., HAEGEL P. et PAGES R. : Morphogenèse Pathologique, « Des Monstruosités aux Malformations ». Masson et Cie, 1966, 79-86, 230-273.
 - FISCHER : Diploteratology. Albany, 1866.
 - GIROUD A. et TUCHMANN-DUPLESSIS H. : Malformations congénitales. Rôle des facteurs exogènes. *Path. Biol. (Paris)*, 10, 1962, 119.
 - LACOMME M. : Le point de vue de l'obstétricien sur les malformations congénitales. *Maternité*, 6, 1954, 231.
 - LAMY M. : Les Jumeaux. Gorrea, Paris. 1949.
 - LEREBOULLET M. : Ann. Sc. Nat. (Zool.), 1864.
 - LOWNE B.T. : Descriptive catalogue of the teratological Series of the Museum of R. C. S. of England, London, 1893.
 - QUETAR R. : Thèse de Paris, 1961.
 - RICKHAM P.P. : Arch. Dis. Childhood, 1960, 35, 97.
 - SINGER H. : Zentralblatt f. Chir., 1959, 84, 1752.
 - SOPER R.T. et GREEN E.W. : Surg. Gyn. Obst. 1961, 113, 591.
 - SPEMANN H. : Embryonic Development and induction. Yale Un. Press. 1938.
 - STOLL R. et MARAUD R. : Introduction à l'étude des malformations. Gauthier-Villars, Paris, 1965, 205 p.
 - TIEDER M. : Thèse de Paris, 1963.

(Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'Hôpital Charles Nicolle à Tunis.
Directeur : Prof. Agr. M. CHELLI
et Laboratoire d'Histologie et Embryologie de la Faculté de Médecine de Tunis.
Directeur : Prof. Agr. A. REBEL).



seul

bétriphos C

contient à côté de la triade vitaminique B1, B6, B12 et de la vitamine C (ac. ascorbique) l'acide adénosine triphosphorique (A.T.P.)

indications

Epuisement musculaire
Fatigues des travailleurs et des sportifs
Algies d'effort

4 à 6 gélules par jour

Convalescences
Sénescence
Troubles du métabolisme cardiaque

3 gélules par jour

présentation

Boîte de 30 gélules Prix Cl. 21 - Remb. S.S.

Formule pour une gélule :

A.T.P. 15 mg
Chi. de Thiamine 100 mg
Chi. de Pyridoxine 100 mg
Cyanocobalamine 100 mcg
Acide Ascorbique 100 mg

Laboratoires CORBIÈRE 27 rue Des Renaudes PARIS XVII^e

BACTISUBTIL

ampoules buvables-gélules

*protège l'intestin de l'enfant
et de l'adulte
dans les diarrhées
et les accidents intestinaux
dus aux antibiotiques per os.*

Posologie :

Traitements d'attaque : 4 à 6 ampoules buvables ou gélules par jour
Traitement d'entretien : 2 ou 3 ampoules buvables ou gélules, réparties dans la journée, en dehors des repas.

Composition : Culture pure de *Bacillus subtilis*, répartie sous forme liquide en ampoules buvables de 10 ml, ou, après centrifugation et séchage, en gélules à ingérer ou à ouvrir.

LABORATOIRES TORAUDE - 2, place de la Sorbonne Paris 5^e

A propos de trois cas de grossesse extra-utérine avec stérilet

par T. BENZINA BEN CHEIKH et S. BOUDJEMAA

OBSERVATION I :

Mme Habiba, âgée de 28 ans, mère de trois enfants, vient consulter à notre Service Planning pour la pose d'un appareil intra-utérin type « spirale ». La patiente déclarait avoir eu ses règles normalement, celles-ci s'étant terminées 2 ou 3 jours avant. Après examen gynécologique complet, ne décelant absolument aucune anomalie ni lésion génitale pouvant contre-indiquer la pose de l'appareil, on procède à la mise en place du « Stérilet type C ».

La malade est alors avertie de la nécessité et de l'importance des examens de contrôle.

Les examens de contrôle ont depuis ce jour été réguliers tous les mois.

Après quelque temps la malade constate une légère hypoménorrhée avec dysménorrhée. En effet, les règles normales en date, durée et quantité (au paravant tous les 29/D4) étaient maintenant réduites à 2 jours environ, mais toujours à peu près fixes en date.

Après environ neuf mois de la pose, la patiente vient à nouveau consulter pour, cette fois-ci, métrorragies accompagnées de douleurs pelviennes assez importantes; on peut déjà constater à l'inspection une légère pâleur, mais la malade ne parle absolument pas de lipothymie.

L'examen gynécologique montre tout d'abord au T.V. la forme d'une masse gauche grosse comme une petite mandarine, douloureuse, mal délimitée. Le Douglas est légèrement sensible, mais ne bombe pas. On pense à une annexite gauche, mais le diagnostic de G.E.U. a été soulevé. La malade est admise dans le service pour examens complémentaires et ablation de l'appareil. Une coelioscopie aurait été souhaitable, mais elle n'a pu être pratiquée faute d'appareil.

Cœur --- Poumons RAS : TA 11/7.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Hémogramme :

G. R.	3.500.000
G. B.	9.000

P. N.	76 %
E.	1 %
L.	25 %

Immotest de grossesse : négatif.

Urée	0,35 g
Glycémie	0,90 g
V. S. 1 ^{re} H.	25 mm
2 ^{re} H.	60 mm

Au 4^e jour, appelés en urgence pour cette malade, nous constatons un syndrome de choc avec hémorragie interne. La T.A. est à 7/4; on pense à une G.E.U. rompue et on décide d'intervenir sous transfusion sanguine.

A l'ouverture on constate une inondation péricitoneale avec une grossesse ampullaire gauche rompue.

On procède à une salpingectomie gauche après toilette abdominale.

Suites opératoires satisfaisantes

OBSERVATION II :

Mme Fatma, 25 ans, mère de 4 enfants, une fausse-couche en 1961, et un enfant décédé en 1963.

Elle porte un stérilet depuis deux ans. Il est enlevé le 3 janvier 1969 pour douleurs et quelques pertes hémorragiques. Ses règles étaient régulières, mais la malade n'a pas de notion de leur durée. Ses dernières règles : début décembre 1968, durée 4 jours.

La malade est admise dans le service le 9 janvier 1969 pour hémorragies distillantes répétées, sépia depuis le 1^{er} janvier (9 jours), douleurs transfixiantes du bas-ventre.

L'examen gynécologique montre au T.V. : col fermé, saigne peu, utérus augmenté de volume, cul de sac postérieur douloureux.

Au T.R. : grosse masse rémittante, douloureuse dans le rectum.

On soulève le diagnostic d'hématocèle ou de pyosalpinx probable dans le Douglas.

La ponction du Douglas est négative.

T.A. : 12/8. T° : normale.

EXAMEN BIOLOGIQUE :

Hémogramme :

G. R.	4.000.000
G. B.	5.000
Hématocrite	35 %

formule normale.

V.S. : 30/70 puis 67/106.

Test biologique de grossesse : négatif.

Azotémie	0,36
Glycémie	1 g 10
Groupage	A +

Traitemen : glace, Buscopan, Pénicilline, Cortancyl.

Le 13 janvier 1969 : utérus est plus gros que lors du premier examen; col fermé, ne saigne pas. T. A. : 12/8. T° : normale.

Le 21 janvier 1969 : T.V. masse de la grosseur d'une orange qui semble englober l'utérus, plus perceptible à droite, col fermé, Douglas douloureux, masse mobile.

T.R. : masse dans le Douglas.

Hémogramme : G.B. 16.000.

V.S. : normale.

Traitemen :

Peni	2 m.
Kenacort	6 j.
Propidon	2 u, 4 u, 6 u
Tifomycine	2 gr/jour

24 janvier 1969 : Intervention.

On tombe sur un hématocèle organisé dans le Douglas adhérent à la face postérieure de l'utérus, à l'épiphys, aux intestins. Libération des adhésions. La trompe droite est fissurée. On procède à une annexectomie droite. Vérification des annexes gauches (normales).

Antibiotiques — glace.

Suites opératoires sans particularités.

OBSERVATION III :

Mme Zohra, 25 ans, 2 enfants (1963 - 1967), pas de fausse-couche, pas d'enfant décédé, stérilet posé en juin 1967 au Centre Albert I^{er} de P.M.I., règles toujours régulières (3-4 jours), dernières règles 1-8 décembre 1968, mètrorragies pendant le mois de décembre peu abondantes, accompagnées de douleurs du bas-ventre (F.I.G. surtout).

Début janvier 1969 : hémorragies + + +.

9 janvier : retrait du stérilet.

Admise dans le service le 13 janvier 1969.

T.V. : masse postérieure bombant dans le Douglas, très douloureuse.

Utérus déjeté en avant.

T.A. : 10/6.

EXAMENS BIOLOGIQUES (14-1-69) :

V.S. : 122/145.

Hémogramme :

G.R.	3.000.000
G.B.	9.800
Hématocrite	26 %
formule normale	
Azotémie	0,60
Glycémie	1 g

Test grossesse : positif.

Le 20 janvier 1969 :

Examen gynécologique . .	idem
Formule hémogramme . .	idem
2 tests grossesse	positifs
Ponction Douglas	négative

Le traitement est entrepris depuis le 13 janvier 1969.

Penni. 2 m. Strepto. : 1 g. Cortancyl : 3 u. Vit. C. Glace.

Intervention : On tombe sur un hématocèle enkysté dans le Douglas, adhérent aux intestins. La trompe gauche est éclatée.

Annexectomie gauche, évacuation de l'hémato-cèle, ligature de la trompe droite suivant procédé Pomeroy.

Antibiotiques. Glace.

Suites opératoires simples.

Ces observations appellent quelques commentaires :

1^o *Un problème clinique* : Le Douglas bombé nous a orienté vers une annexite. La coelioscopie nous aurait évité ces errements, nous avons fait une laparotomie.

2^o *Un problème pathogénique* : On ne peut le tenir pour responsable ni arriver à expliquer ce phénomène. Ce qu'on peut dire c'est que la grossesse extra-utérine aussi bien que la grossesse intra-utérine sont moins fréquentes parmi les femmes porteuses

de D. I. U. TRIETZE cite sur 149 grossesses avec stérilet, 7 cas de grossesses ectopiques, soit 1 pour 21 de grossesses intra-utérines. Dans les populations noires les proportions sont plus élevées, 1 pour 120.

Ce qu'on peut dire c'est que le stérilet diminue le taux de grossesses intra-utérines, de même que le taux de grossesses extra-utérines chez la femme porteuse de D. I. U.

BIBLIOGRAPHIE

LEVY-MERGER et SZWARCBERG. — *Bull. F.S.G. langue française*, Strasbourg, 13-1-68, T. 20, p 86.

TRIETZE. — Taux grossesses ectopiques avec stérilet. Rapport, oct. 64, New-York City.

ERR

antibiothérapie locale de sécurité

BACICOLINE®

COLISTINE (colimycine R. Beillon) + chloramphénicol + hydrocortisone

**Solution
Ophta O.r.l.**
conjonctivites
bactériennes
otites aiguës et
chroniques



Otocones®
otites

Flacon de 5 ml. - S. S. P. Cl. 8 - Tabl. A - 3 à 8 instillations par 24 h.
Boîte de 12 otocones - S. S. P. Cl. 7 - Tabl. A - 1 ou 2 otocones par 24 h.



63 - Clermont-Ferrand

Loop migratrice sur l'appendice

par T. BENZINA BEN CHEIKH et S. BOUDJEMAA

Mme Chadlia B..., 35 ans, consulte au Planning familial, le 23 avril 1965, pour la pose d'un stérilet (F 704) SESP. A l'interrogatoire Mme G. B... dit avoir toujours été bien réglée. La longueur de son cycle menstruel est de 28 jours. Durée des règles 6 jours. Dans ses antécédents 8 enfants : le premier en 1943 et le dernier en septembre 1964.

Etat général de la femme : bon.

Examen gynécologique : utérus de volume normal, en bonne position, annexes saines. Col d'aspect normal au spéculum.

Nous lui posons un stérilet (loop taille C).

Nous la perdons de vue jusqu'au 3-6-66. Elle revient à cette date avec une aménorrhée de 15 jours.

A l'examen, grossesse de un mois : spéulum — pas de fils de l'appareil.

On pratique un test biologique de grossesse qui est positif.

On lui fait une radio qui montre le stérilet au niveau de l'échancrure sacrosciaticque droit. Nous pratiquons un curetage qui ramène les débris placentaires, mais pas de loop. On suppose qu'elle a dû passer dans la cavité abdominale.

Le 16-9-66, la femme revient consulter pour un retard de un mois. On trouve un utérus gravide, on décide de faire un curetage et en même temps

une ligature de trompes. Une deuxième radiographie faite montre le stérilet au même endroit.

Le 17-9-66 un curetage est pratiqué suivi d'une laparotomie pour ligature des trompes, à l'intervention on trouve le stérilet enroulé autour de l'appendice. On le déroule prudemment et on l'enlève. L'appendice normal est laissé en place. On retrouve au niveau du fond utérin, près de la corne droite, un point cicatriciel. La spirale a perforé l'utérus, soit lors de sa mise en place dans l'utérus, soit dans les jours ou les semaines suivantes et est passé dans la cavité abdominale.

De toutes les façons cette perforation a été silencieuse; la femme n'est revenue consulter qu'un an après la mise en place de l'appareil pour un retard de règles et n'était-ce l'intervention pour ligature de trompes demandée par la femme et notre curiosité, cet appareil aurait pu rester indéfiniment en place sans provoquer de signes d'irritation péritoneale.

On s'est demandé si l'appareil resté en place n'aurait pas à la longue déterminé des complications.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation vu la rareté de cette complication au cours des insertions des D.T.U. et par son originalité (appareil enroulé autour de l'appendice).

P.S. — Nous n'avons pu reproduire les radiographies faute de moyens techniques.

Hébucol

Logeais

Cyclobutyrol sodique.

le starter du foie

insuffisances hépato-biliaires
allergies - migraine
hépatites aigues
et convalescences d'ictères

La Technique Publicitaire

présentation

pesologie

injectable
comprimés
granulé infantile
S.S. COLL. P. cl. 6

1 amp. I.M. ou I.V.
2 à 4 par jour aux repas
1 à 4 cuillerées à café
par jour aux repas



LABORATOIRES LOGEAI - ISSY-LES-MOUREAUX - PARIS

Mise au point :**Les helminthiases et leur traitement**

par Moncef GARGOURI

Il existe de très nombreux vers capables de parasiter l'homme. Certains rencontrent dans les pays tempérés les conditions naturelles favorables à leur développement et peuvent donc contaminer l'homme dans ces pays. D'autres ne peuvent accomplir leur évolution que dans des zones à climat chaud. Ils provoquent des maladies dites exotiques; mais à la faveur des circonstances politiques, économiques et touristiques actuelles qui font déplacer avec une grande rapidité des masses humaines importantes, des pays chauds vers les pays tempérés et inversement, le médecin se trouve souvent amené à diagnostiquer et traiter une helminthiasis contractée dans des régions très lointaines et parfois au cours d'un bref séjour.

Nous n'avons pas la prétention ici de faire une étude exhaustive des helminthiases, mais de rappeler simplement quelques notions pratiques contribuant à faciliter le diagnostic et la conduite thérapeutique.

Les vers sont généralement incapables de se reproduire chez un seul et même hôte; leur évolution assez complexe nécessite souvent un séjour plus ou moins long dans le milieu extérieur et le passage par un, deux ou plusieurs hôtes intermédiaires avant d'atteindre leur stade adulte chez l'hôte définitif.

La connaissance de leur biologie et de leur répartition géographique est d'une importance fondamentale, car elle permet d'une part d'éliminer ou au contraire de suspecter une helminthiasis en fonction de l'origine ou d'un séjour du malade en pays d'endémie, de comprendre d'autre part les troubles qu'entraînent le passage et l'évolution du ver dans l'organisme humain. En effet leur rôle pathogène n'est pas dû seulement à la spoliation sanguine et aux troubles mécaniques qu'ils peuvent déterminer, mais plus encore à la libération dans l'organisme de l'hôte des produits de leurs métabolismes. Ces métabolites directement toxiques ou à l'origine de réactions allergiques, entraînent une sensibilisation tissulaire et sérologique qui est à la base de nombreuses méthodes bio-

logiques de diagnostic, et une hyperéosinophilie sanguine qui évolue en fonction du temps, de l'espèce du parasite, d'éventuelles réinfestations et aussi du traitement institué. Pour la plupart des helminthiases l'éosinophilie dessine une courbe décrite par LAVIER : Après la contamination il existe une période de latence, pendant laquelle on ne constate qu'une polynucléose neutrophile, puis le taux d'éosinophiles amorce une courbe rapidement ascendante atteint un maximum et chute d'abord rapidement puis très progressivement avant de revenir à la normal. Cette courbe a des exceptions (filarioses, anguilluloses) et n'est typique que pour une infestation unique. On comprend ainsi qu'au cours de certaines helminthiases évoluant depuis une longue période l'éosinophilie puisse être très peu élevée voire strictement normale.

Au cours de cette étude nous passerons rapidement sur les helminthiases habituellement rencontrées telles oxyuroses, ascaridioses, trichocéphaloses, taeniasis pour nous arrêter plus longuement sur celles qui étaient exceptionnellement évoquées en pays tempérés et qui depuis quelques années se rencontrent de plus en plus souvent.

On divise les helminthes en 3 groupes : les vers ronds ou Némathelminthes dont seuls les nématodes intéressent la pathologie humaine et les Plathelminthes ou vers plats

Deux ordres de Plathelminthes sont parasites de l'homme :

— **Les Trématodes** : ceux qui nous intéressent possèdent deux ventouses et appartiennent donc au sous ordre des Distomes, ce sont les Douves et les Schistosomes.

— **Les Cestodes** : ce sont des vers allongés et contrairement aux précédents ils sont segmentés.

1^o LES NEMATODES.**— Ascaridiose.**

Elle est due à l'infestation par les **Ascaris lumbricoides**. Ce sont des vers ronds à sexes séparés. La femelle mesure de 20 à 25 cm sur 5 à 6 mm

d'épaisseur. Les œufs émis dans les selles ne deviennent infestants qu'après un séjour plus ou moins long dans le milieu extérieur. La contamination humaine se fait par l'ingestion de légumes ou d'eau souillés. Une fois ingéré l'œuf embryonné libère une larve qui traverse la paroi digestive, gagne le cœur droit, les poumons, la trachée, puis à la faveur d'une déglutition le pharynx et l'œsophage pour atteindre enfin les premières anses grêles.

Les manifestations cliniques correspondent à cette migration dans l'organisme. Au début c'est le classique syndrome de Löffler associant une image pulmonaire labile d'infiltrat homogène à limites imprécises et une éosinophilie sanguine. Puis au stade adulte l'ascariose peut ne se manifester que par des troubles dyspeptiques, une accélération du transit, des coliques ascardiennes : douleur ombilicale soudaine sans cause apparente. Rarement l'ascariose prend une allure plus grave lorsque l'infestation est intense pouvant être à l'origine d'une occlusion intestinale, ou lorsqu'existe une localisation aberrante dans les voies biliaires, le canal de Wirsung etc...

En dehors de ces accidents mécaniques qui réclament parfois une intervention chirurgicale d'urgence, de nombreux produits ont été utilisés contre l'ascariose. Nous ne ferons que citer pour mémoire, la santonine d'efficacité incertaine, l'essence de chénopodium et la phénotiazine, difficiles à manier, pour ne retenir qu'un dérivé de la pipérazine communément utilisé : l'hexahydrate de pipérazine qui existe sous forme de sirop agréablement aromatisé (surtout pour les enfants) et sous forme de comprimés. On l'administre pendant deux jours de suite à la dose de 100 mg/kg sans régime spécial ni laxatif. En cas de forte infestation la posologie sera plus progressive.

— Oxyurose.

Très répandu en particulier chez les enfants en âge scolaire. Elle est due à des petits vers ronds *Enterobius vermicularis* dont les œufs sont éliminés au niveau de la marge de l'anus souvent la nuit. Ils deviennent en quelques heures infestants. Ce qui explique leur grande diffusion et la possibilité de l'auto-infestation.

L'œuf avalé libère un embryon qui devient adulte dans la lumière de l'intestin grêle. Il n'y a pas ici de migration à travers l'organisme. L'accouplement se fait dans la dernière anse iléale et lœcum; les femelles gravides émigrent ensuite dans

le colon jusqu'au rectum, se fixent au niveau de la marge anale et vident leur utérus en libérant des milliers d'œufs.

Le diagnostic de l'oxyurose est généralement évident. L'enfant devient triste, irritable, agressif, moins attentif à l'école et la nuit réveillé par un prurit anal intense. La confirmation du diagnostic se fait fréquemment par la constatation directe des vers. La recherche des œufs ne doit pas se faire par l'examen coprologique qui est souvent négatif mais par application pendant quelques instants sur le pourtour de l'anus d'une bande de cellophane adhésive, qu'on examine ensuite au microscope. C'est la méthode de GRAHAM.

Le traitement est difficile du fait de la simplicité de la transmission, il faut éviter l'auto-infestation en lavant, brossant, coupant les ongles et en faisant porter des pyjamas serrés. Eviter l'infestation interhumaine en traitant tous les membres de la famille ou de la communauté où vit le sujet. La pipérazine est active à la dose de 50 mg/kg pendant 7 jours sous forme de sirop ou de suppositoires; on lui préfère actuellement l'embonate de pyrvinium (Povanyl) qui se prescrit en une seule dose de préférence avant un repas : 5 mg/kg soit une cuiller à café de suspension par 10 kg de poids. Le Diphétarsone (Bemarsal) utilisé à doses suffisantes donne également de bons résultats.

— Trichocéphalose.

Due à *Trichuris trichiura* ou *Trichocephalus dispar* est une parasitose cosmopolite. Elle ne provoque pas en général de troubles cliniques cependant lorsque l'infestation est massive, elle peut être à l'origine de douleurs vives de la fosse iliaque droite, de diarrhées et de poussées fébriles. L'appendicite à trichocéphales semble assez fréquente puisqu'elle se rencontrerait dans 1 à 10 % des cas. Ce n'est que dans ces cas de paratisme intense que la thérapeutique est justifiée. Un produit très actif, utilisé en Amérique du sud contre le trichocéphale est l'Higueronica (extrait du *Ficus glabrat*a) n'existe pas en France. H. VOGEL et HUMBURG obtiennent de bons résultats en utilisant des lavements à garder pendant 15 minutes d'hexylrésorcinol après un grand lavement évacuateur. On évite l'irritation cutanée par application d'une couche de vaseline sur la région anale et on administre 2 à 3 gr. d'hexylrésorcinol avec 2 grammes de gomme adragante dans un litre d'eau.

D'autres vermifuges sont également employés. L'essence de chénopodium administré à jeun en 3

prises de 15 gouttes chacune séparées de deux heures d'intervalles. Le thymol finement pulvérisé à la dose de 10 grammes maximum, en évitant, alcool, corps gras ou tout produit contenant éther ou chloroforme, et le tétrachlorethylène (Didakène) à faire avaler le matin à jeun, une capsule toutes les 5 minutes jusqu'à un total de 3 à 6.

— Ankylostomose.

C'est une maladie due à *Ancylostoma duodenale* ou au *Necator americanus*. Ce dernier étant moins pathogène. Ce sont des vers de petite taille 10 à 12 mm pour le mâle 15 à 18 pour la femelle.

Ils sont extrêmement fréquents dans les pays chauds et humides. Ils peuvent se rencontrer dans les microclimats favorables (Cap Bon, Mines du sud tunisien) des régions tempérées. L'œuf éliminé dans le milieu extérieur évolue si les conditions de température (25 à 30°) et d'humidité sont suffisantes pour donner une larve rhabditoïde non infestante. Celle-ci subit deux mues pour donner la larve strongoïde infestante. Elle pénètre alors l'organisme humain par voie transcutanée, puis arrive par le courant veineux dans le cœur droit, les poumons et aboutit enfin dans le duodénum où se fixe l'adulte.

La symptomatologie est fonction de l'évolution du parasite. La pénétration transcutanée provoque un érythème en nappe qui disparaît en 24 heures; le 3^e jour apparaît une toux sèche, le 4^e une dysphonie, le 5^e de la dysphagie. Quant à l'éosinophilie sanguine, elle ne s'élève qu'après une période de latence de 20 jours. Un mois après l'infestation s'installent des troubles digestifs avec douleurs pseudo-ulcérées rythmées par les repas, accompagnée de diarrhées et parfois d'un léger amaigrissement; lorsque l'infestation est massive, elle entraîne une anémie hypochromique, hypoplasique secondaire au saignement permanent de la muqueuse duodénale. En effet l'Ankylostome est hématophage et secrète une substance anticoagulante qui favorise la spoliation sanguine.

Le diagnostic se fait sur la constatation au microscope d'œufs dans les selles à partir du 40^e jour.

Deux produits sont actuellement utilisés avec succès contre l'Ankylostomose.

L'Hydroxynaphtate de bephénium (Alcopar) surtout pour l'*Ancylostoma duodenale*, il se présente sous forme de sachets de 5 gr. La dose habituelle est de un sachet à prendre en une seule fois un matin à jeun sans régime ni purgatif.

Le tétrachloréthylène (Didakène) aurait une action plus grande sur *Necator americanus*, il est moins bien supporté, on l'administre également en cure unique à jeun : un cachet toutes les 5 minutes jusqu'à un total de six.

En cas d'anémie marquée, une thérapeutique martiale d'appoint doit être conseillée.

— Anguillulose.

C'est une affection d'évolution tenace, due à *Strongyloides stercoralis*. Son cycle est semblable à celui des Ankylostomes mais dans l'intestin de l'homme, il n'existe que des femelles parthénogénétiques. Les larves rhabditoïdes qui éclosent dans la lumière intestinale peuvent en arrivant dans le milieu extérieur se transformer directement en larves strongoïdes infestantes ou donner des mâles et des femelles. Ces dernières pondent des œufs dans le milieu extérieur d'où sortent des larves rhabditoïdes qui se transforment enfin en larves strongoïdes également infestantes. Il est intéressant de savoir que certaines formes graves sont dues à un cycle court où la larve rhabditoïde qui naît dans la lumière intestinale s'y transforme directement en larve strongoïde. L'infestation se fait également par voie transcutanée.

Sa répartition géographique est plus vaste que celle de l'Ankylostomose du fait de ses moins grandes exigences biologiques. Elle reste cependant fréquente dans les zones tropicales : Amérique centrale et du sud, Antilles, Philippines, Afrique (Assez fréquente en Tunisie).

Sur le plan clinique l'anguillulose se traduit par des lésions cutanées lors de l'infestation, puis par de la diarrhée et des douleurs abdominales à début et fin brusque. Les radiographies gastro-duodénales montrent comme dans l'Ankylostomose, un épaissement des plis de la muqueuse duodénale sans image de niche. L'éosinophilie est généralement élevée, 30 % et plus et variable, elle suit les poussées de la maladie.

Il n'y a pas en France de thérapeutique efficace, car le violet de gentiane et le thymol sont peu satisfaisants. Quant à la Dithiazianine qui fut commercialisée sous le nom de Deselmine, elle a été retirée à la suite d'accidents graves survenus après son administration.

Le Thiabendazole commercialisé dans certains pays sous le nom de Minthézol n'existe pas en Tunisie. C'est le produit le plus efficace. Il se pres-

crit par dose unique de 30 mg/kg pour l'enfant et 50mg/g chez l'adulte. Il existe pour l'usage vétérinaire sous forme de poudre spécialisée sous le nom de Némapan en France.

Les autres vermifuges notamment l'Alcopar et le Didakène ne nous ont pas donné de résultats convaincants. L'utilisation de ce dernier produit nous a paru intéressante dans la mesure où il semble chasser les larves rhabditoïdes, facilitant ainsi leur mise en évidence par un examen coprologique de routine.

— La Trichinose.

Elle est due aussi à un petit nématode **Trichinella spiralis** attaché à la muqueuse des premières anses grêles. Les Trichines évoluent chez le même hôte habituellement le rat et le porc.

L'homme s'infeste en consommant de la viande de porc ou de sanglier mal cuite et contenant des larves de Trichine enkystées. Ces larves encapsulées sont libérées par le suc digestif et en trois jours se transforment en adultes. Les larves pondues dans l'épaisseur de la muqueuse ne sont pas éliminées avec les selles; elles émigrent par voie sanguine et vont s'enkyster dans les muscles striés. Des manifestations pathologiques n'apparaissent qu'en cas d'infestation importante. A peine quelques heures après le repas infestant apparaissent des douleurs épigastriques avec nausées, vomissements puis diarrée acqueuse, dysentéiforme. La température s'élève alors rapidement à 40°, 41°.

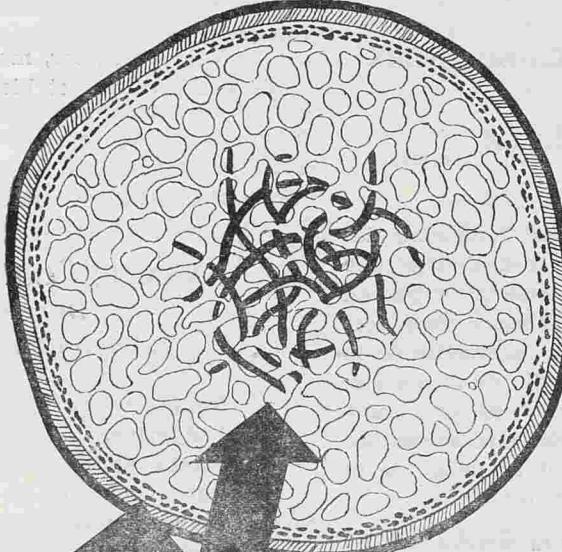
Une deuxième période commence en général deux semaines environ après l'infestation et comporte : une fièvre élevée, continue un œdème palpébral et de la face, des myalgies intenses entraînant dans certains cas des troubles respiratoires, un trismus et une aphonie. L'éosinophilie sanguine très élevée peut s'accompagner d'ombres pulmonaires labiles. Le pronostic est très sombre lorsque la température est très élevée, l'adynamie extrême la diarrhée intense, l'issue fatale peut être hâtée par une complication cardio-vasculaire ou pulmonaire. Le diagnostic ne peut être fait par l'examen de selles, mais par la constatation de larves enkystées dans une biopsie musculaire examinée à frais. La réaction de fixation du complément et l'I.D.R. à l'antigène de trichine constituent des éléments diagnostiques d'appoint.

Le traitement doit tendre plus à réduire les réactions anaphylactiques qu'à détruire le parasite. On utilise actuellement les corticoïdes à fortes doses (100 à 300 mg. par jour) associés aux analeptiques circulatoires. Peu d'antihelminthiques possèdent une réelle action contre la trichine. KHALIL (1953) a obtenu de bons résultats avec la notézine administrée à la dose de six comprimés par jour les trois premiers jours, 4 comprimés les 2 jours suivants et 2 comprimés les deux derniers jours. Les comprimés étant dosés à 100 mg chacun.

Quant aux Filarioïses, (**Bancrofti, malayi, loa-loa, médinensis**, etc...) elles n'existent pas en Tunisie et ne seront donc pas étudiées ici. La fin de cet article sera consacrée aux vers plats.

(A SUIVRE)

INFORMATIONS



2 FOIS
ACTIF

albacycline
NOVOBIOCINE + TETRACYCLINE

LE BI-ANTIBIOTIQUE

DRAGÉES dosées à : Novobiocine
(sous forme de sel de calcium) 125 mg
Tétracycline (chlorhydrate) 125 mg
Flacon de 16 - S.S. 90 % - P.CI. 22 -
Adulte : 4 à 6 dragées par jour.

GRANULÉ POUR SIROP

1 cuillère à café (2 cuillères mesures)
contient :

Novobiocine
(sous forme de sel de calcium) 62,5 mg
Tétracycline base
(exprimée en chlorhydrate) 62,5 mg
Flacon de 60 ml - S.S. 90 % - P.CI. 10
Enfant : 1 cuillère à café par 5 kg de
poids et par 24 heures. (à utiliser avec
prudence chez le nourrisson de moins
de 15 jours).

Indications
La plupart des infections à germe
Gram + ou Gram -

LABORATOIRES **Upjohn** 1, PLACE D'ESTIENNE D'ORVES - PARIS 9^e - TEL 744 63 59

R.F. 105
D'après les hypothèses actuellement admises

INFORMATIONS

SOCIETE TUNISIENNE DES SCIENCES MÉDICALES

RAPPEL DE CIRCULAIRE

Mon Cher Confrère,

Le nouveau Comité de la Société Tunisienne des Sciences Médicales, sans vouloir méconnaître une tradition dont le maintien de principe n'est pas en cause, a préféré, en raison de l'année déjà fort avancée, de surseoir à la cérémonie habituelle de la séance inaugurale de Rentrée annuelle de la Société. Nous pensons que cette séance devrait se tenir comme son nom l'indique, soit en octobre ou novembre de chaque année, soit au plus tard au début de la nouvelle année, c'est-à-dire en janvier.

Pour cette année néanmoins, une adresse à l'intention des membres de la Société sera publiée dans « *La Tunisie Médicale* ».

Dans un souci de sérieux et d'efficacité, nous avons préféré saisir l'occasion des visites traditionnelles que la Société se devait de rendre respectivement à Messieurs les Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale et à la Santé Publique, pour évoquer avec eux les problèmes qui se posent au Corps médical tunisien concernant l'activité et la production médico-scientifiques en général. En conséquence et à la suite de ces entrevues, nous avons le plaisir de porter à votre connaissance :

1^o Que Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale a bien voulu prendre la décision que la Société soit désormais représentée au Conseil de la Faculté de Médecine.

2^o Que Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique de son côté, a tenu à marquer tout l'intérêt qu'il portait aux publications médico-scientifiques, en rappelant que les médecins participant à des Congrès internationaux et présentant une communication écrite, bénéficieront à cette occasion de la période de congé nécessaire, sauf que cette période ne leur soit défaillante de leur congé annuel régulier, mais que pour ceux qui participeraient sans présenter de communication, il est normal qu'il puisse réserver sa liberté d'appréciation qui reste fonction de la nécessité d'assurer la bonne marche des services hospitaliers.

Veuillez agréer, mon Cher Confrère, l'assurance de nos cordiaux et bien dévoués sentiments.

Le Président :
Dr Sleïm AMMAR.

XXXVIII^e CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

Beyrouth, septembre 1971

Nous attirons l'attention de tous les confrères sur l'importante adresse qui nous est parvenue au Secrétariat de la Société Tunisienne des Sciences Médicales, émanant de Mr Mahoudeau, Conseiller de Coopération Technique près l'Ambassade de France à Tunis :

Tunis, le 15 Avril 1969.

L'Ambassade de France signale à votre intention le XXXVIII^e Congrès Français de Médecine, qui se tiendra à Beyrouth en septembre 1971.

Il s'agit d'une manifestation organisée par l'Association des Médecins de langue française. Elle a lieu tous les deux ans, généralement en France, la 37^e devant se tenir à Paris en décembre 1969 ou janvier 1970 (1). Les plus grandes personnalités médicales françaises, canadiennes, belges, suisses, etc... y participent habituellement, ainsi que plusieurs centaines, parfois plus d'un millier d'excellents praticiens du monde entier ayant fait leurs études dans des Facultés de langue française.

Le Secrétaire Général de cette « Association des Médecins de Langue Française » est le Professeur Marcel Girard, titulaire de la chaire de Clinique médicale de la Faculté de Médecine de Lyon (30, Cours Franklin Roosevelt, Lyon-6^e).

(1) Le 37^e Congrès se tiendra effectivement à Paris les 25, 26 et 27 septembre 1969 au Centre-Parisien des Congrès Internationaux, 120, Avenue Emile Zola Paris 15^e. Pour tous renseignements complémentaires s'adresser jusqu'au 23 septembre au Secrétariat Général, Professeur Charles Coury, Hôtel-Dieu, 1, Place du Parvis, Notre-Dame, 75 - Paris 4^e (633-79-12).

Bien que deux années et demi nous séparent encore de l'échéance du Congrès de Beyrouth, il paraît souhaitable que les médecins tunisiens en soient à l'aise et déjà avertis, afin qu'ils prennent date et qu'ils réservent éventuellement leurs communications scientifiques.

Le Président local du Congrès est M. le Professeur Antoine Merab, titulaire de la chaire de Clinique médicale de la Faculté Française de Médecine et de Pharmacie, auquel les médecins intéressés peuvent écrire à l'adresse de la Faculté : Rue de Damas, Beyrouth.

Faculté de Médecine de Lyon
JOURNÉES ET STAGE
DE PERFECTIONNEMENT
DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Du mercredi 24 au samedi 27 septembre 1969 trois journées seront consacrées à la mise au point de questions d'Obstétrique et de Gynécologie à caractère pratique.

Des exposés d'une durée de 20 minutes sur des sujets choisis d'après les résultats d'une enquête faite auprès des participants aux précédentes Journées de perfectionnement, auront lieu chaque matin, suivis d'une discussion libre.

Les après-midis auront lieu des Tables rondes consacrées à la stérilité, à la réanimation et à l'anesthésie maternelle en Obstétrique, au dépistage et au traitement de la souffrance foetale au cours du travail.

A la fin de ces journées et jusqu'au 10 octobre les auditeurs désireux de prolonger leur séjour à la Clinique Obstétricale pourront y suivre un stage. Ils participeront à l'activité du Service en assurant à plein-temps, la surveillance et la direction des accouchements et en effectuant sous la direction des Chefs de Clinique, les interventions de pratique courante.

Un Certificat sera remis à la fin du stage.

Ces Journées, auxquelles ont bien voulu accepter de participer le Prof. agrégé Claude Sureau, Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris et le Prof. agrégé Jean Mottin, Anesthésiste-Réanimateur des Hôpitaux de Lyon, sont organisées sous l'égide et avec la collaboration des membres du « Département » de Gynécologie-Obstétrique de Lyon : Prof. Mathieu, Dr Mousseon de la Clinique Gynécologique, Prof. Magnin, Prof. agrégé Burthiault, Prof. agrégé Garmier et Dr Gabriel de la Clinique Obstétricale, Prof. Nottier (Hôtel-Dieu), Prof. Dumont et Prof. agrégé Charvet (Hôtel-Dieu et Croix-Rouge), Dr Y. Rochet (Hôpital Edouard-Herriot).

Elles auront lieu, comme par le passé, à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital Edouard-Herriot.

Le droit d'inscription : 50 F. pour les médecins; 20 F. pour les étudiants, devra être adressé en même temps que la demande d'inscription à Mlle Maitrejean, Secrétaire, Service du Prof. P. Magnin, Pavillon K, Hôpital Edouard-Herriot, 5, Place d'Arsonval, 69 - Lyon-3^e.

UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER
 (U. I. C. C.)

**COURS AVANCE SUR LES ANTIGENES
 DES CELLULES CANCEREUSES**
 1^{er}-6 décembre 1969, Villejuif (France)
Institut de Cancérologie et d'Immunogénétique

Ce cours sera organisé au nom de l'Union Internationale Contre le Cancer par le Docteur G. Mathe. Il sera consacré à l'enseignement des méthodes utilisées pour la détection des antigènes des cellules cancéreuses, chez l'homme en particulier.

Lundi 1^{er}. -- Séminaire : les antigènes des tumeurs induites par des substances chimiques chez l'animal (R. W. Baldwin, R. T. Prehn).

Travaux pratiques : test de cytotoxicité (R. Motta).

Travaux pratiques : inhibition de la migration des macrophages (B. Bloom).

Mardi 2. -- Séminaire : les antigènes des tumeurs induites par des virus chez l'animal (L. J. Old).

Travaux pratiques : techniques de l'immuno-fluorescence (F. M. Kourilsky, G. Meyer).

Mercredi 3. -- Séminaire : les antigènes et les anticorps de la tumeur de Burkitt et des tumeurs du naso-pharynx (G. Klein, H. Oettgen).

Travaux pratiques : transformation des lymphocytes (F. Bach).

Travaux pratiques : technique de l'inhibition des colonies (G. Barski).

Jeudi 4. — Séminaire : les antigènes des leucémies et des lymphomes chez l'homme (J. F. Doré).

Travaux pratiques : fixation du complément (J. et M. Colombani).

Travaux pratiques : immune adhérence (J. F. Doré).

Vendredi 5. — Séminaire : les antigènes néoplasiques embryonnaires (P. Burtin, J. Uriel, R. Masseyeff).

Travaux pratiques : immunodiffusion en milieu gélifié (P. Eurtin).

Travaux pratiques : technique de l'immuno-téritine (U. Hämmerling).

Samedi 6. — Séminaire : les implications thérapeutiques (D. P. Burkitt, G. Mathé, G. Hamilton-Fairley, F. Alexander).

Revue théorique des autres techniques (F. Millgrom).

Ce cours de type « avancé » est destiné à des « étudiants » possédant déjà quelque expérience de la recherche dans ce domaine. L'un de ses buts importants est de réunir des chercheurs de disciplines différentes. Le nombre des « étudiants » sera limité à 20.

Ceux qui désirent participer à ce cours doivent fournir un compte-rendu succinct de leur formation scientifique (y compris un bref *curriculum vitae*) ; ils indiqueront également les raisons pour lesquelles ils s'inscrivent, et mentionneront les recherches qu'ils entendent entreprendre dans le futur. Les candidats citeront également les titres des articles qu'ils ont écrits en qualité d'auteur ou de co-auteur sur des sujets importants. Ils fourniront les noms et adresses de deux répondants. Une bonne connaissance de l'anglais est exigée.

Les frais de voyage et de séjour à Paris sont à la charge des « étudiants ».

Les demandes d'inscription — *en 2 exemplaires* — doivent être adressées au Docteur G. Mathé, Institut de Cancérologie et d'Immunogénétique, Hôpital Paul-Brousse, 14, Avenue P.-V.-Couturier, 94 Villejuif - France, *avant le 1^{er} juillet 1969*.

No 3

MAI-JUIN 1969

المجلة الطبية التونسية

LA TUNISIE MEDICALE

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

18, Rue de Russie — TUNIS — Tél. 245.067

Secrétaire de Rédaction

Néjib MOURALI

Reproduction interdite — Tous droits réservés pour tous pays

Imprimerie Bascone & Muscat - Tunis

Lincocine

(chlorhydrate de lincomycine monohydraté)

antibiotique nouveau

singulièrement actif sur les cocci Gram +

INDICATIONS

**infections aiguës, chroniques ou récidivantes à Gram + ,
en particulier à staphylocoques, pneumocoques,
streptocoques.**

PRESENTATION

Injectable :

1 ampoule de 2 ml contenant 600 mg de lincomycine base

- formule centésimale :

lincomycine base (sous forme de chlorhydrate monohydraté) 30 g
alcool benzylique 0,945 g
eau distillée Q.S.P. 100 ml
P. Cl. 7 - Tab. C - Remb. S.S.

gélules :

flacon de 4 gélules contenant chacune 500 mg de lincomycine base.

- formule :

lincomycine base (sous forme de chlorhydrate monohydraté) 500 mg
excipient Q.S.P. 1 gélule
P. Cl. 11 - Tab. C - Remb. S.S.

POSOLOGIE

intra - musculaire

adulte : 600 à 1200 mg/24 h
enfant : 10 à 20 mg/kg/24 h

intra - veineuse en perfusion
exclusivement

adulte : 1200 à 1800 mg/24 h
enfant : 10 à 20 mg/kg/24 h

voie orale :

adulte : 1500 à 2000 mg
(soit 3 à 4 gélules) par 24 h
enfant : 30 à 60 mg/kg/24 h

(les gélules seront absorbées de préférence loin des repas, une heure avant ou deux heures après).

LABORATOIRES

Upjohn

1 PLACE D'ESTIENNE D'ORVES PARIS (9^e) 744-63-59

Ref 360-2

SOMMAIRE

— <i>Les Tumeurs de Krükenberg,</i> par J.P. WOLF (Institut Gustave Roussy)	135
— <i>Elément de pronostic et évolution des cancers du col utérin au stade II,</i> par N. MOURALI, G. MICHEL, F. TABBANE et J. LACOUR	147
— <i>Indications thérapeutiques du cancer du sein pendant la grossesse,</i> par N. MOURALI, J. WEILER, F. TABBANE, G. MICHEL et J. LACOUR	161
— <i>Les cancers du cavum en Tunisie</i> (A propos de 138 cas observés à l'Institut National de Carcinologie), par A. ZAOUCHE et J. BRUGERE	173
— <i>Un cas rare de Leiomyome du colon transverse s'étant révélé malin,</i> par WIERCIOCH B, HAFSIA M et MAAMOURI M.T.	183
— <i>A propos d'une décanulation difficile,</i> par M. ATALLAH	189
— <i>A propos des Ves Journées Médicales Maghrébines — Réflexions et Conclusions,</i> par Sleïm AMMAR	193
— <i>Ves Journées Médicales Maghrébines — Resolution</i>	206
— <i>Information — Journées de perfectionnement de la clinique obstétricale Edouard Herriot LYON 24-27 septembre 1969.</i>	

INDUSIL

dibencozide

anabolisant vrai

PROPRIÉTÉS

- augmente la vitesse et le taux d'incorporation des acides aminés dans la molécule protéique.
- favorise l'utilisation de l'apport protidique.

INDICATIONS

- prématurité, hypotrophie du nourrisson
 - retard de croissance, insuffisance pondérale
 - dénutrition de l'adulte et du vieillard
 - asthénie, anorexie, convalescence.
- aucune contre-indication

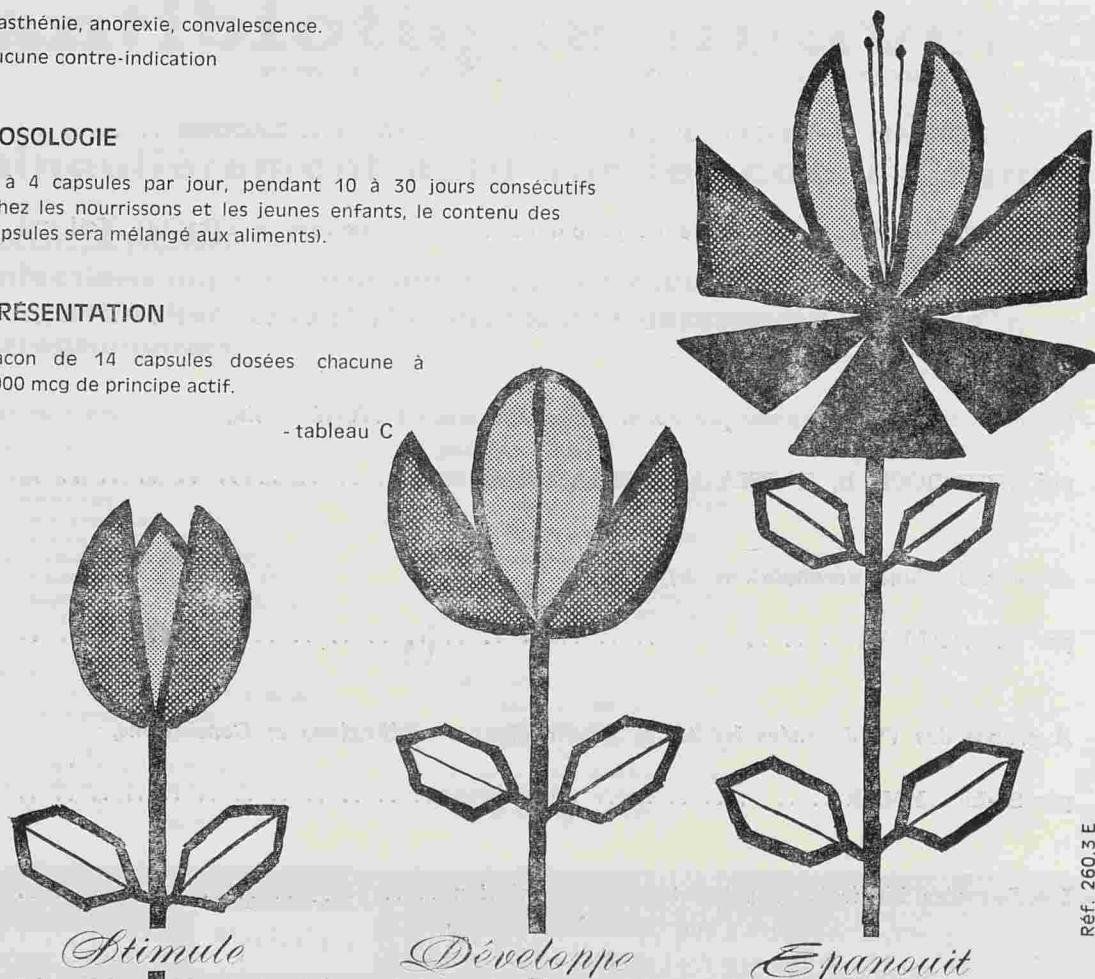
POSOLOGIE

1 à 4 capsules par jour, pendant 10 à 30 jours consécutifs (chez les nourrissons et les jeunes enfants, le contenu des capsules sera mélangé aux aliments).

PRÉSENTATION

flacon de 14 capsules dosées chacune à 1000 mcg de principe actif.

- tableau C



LABORATOIRES DIAMANT - 3, AV. DU GÉNÉRAL DE GAULLE - 92 - PUTEAUX - 772-12-12

Les Tumeurs de Krükenberg

J. P. WOLFF

Institut Gustave Roussy (Villejuif)

Rarement, une entité anatomo-clinique aura été mieux définie que la tumeur de Krükenberg; rarement elle aura reposé sur une telle ambiguïté. Imprécisions dans la définition, dans la nature, dans l'origine, dans l'histologie, voire même dans les indications thérapeutiques, font de ce vieux sujet un motif à émerveillement.

Imprécisions et ambiguïté dès l'origine : on sait que KRÜKENBERG, dans sa définition initiale, commit deux erreurs qui nous apparaissent comme fondamentales : il considéra la lésion comme un sarcome, alors qu'il s'agit d'un épithélioma; il en fit une lésion primitive, alors qu'elle est une métastase (point qui, pour certains, ne doit pas être considéré comme une vérité première). De sa définition seules restent les cellules en chaton de bague; encore ceci est-il fort discuté actuellement.

DEFINITION — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Qu'est-ce donc, tout d'abord, que la tumeur de Krükenberg ?

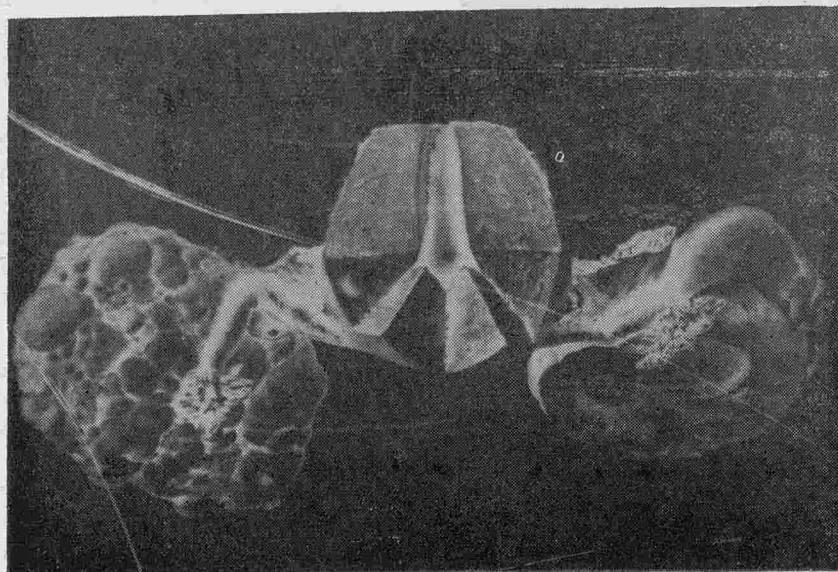
Au niveau des ovaires, c'est une hypertrophie des deux ovaires, le droit toujours plus que le gauche (ce qui traduit vraisemblablement une précession dans le temps); dans les dix ou vingt pour cent des cas où un seul ovaire est atteint, il s'agit de l'ovaire droit. La taille de l'organe est variable, pouvant atteindre celle d'une tête d'enfant.

La surface en est irrégulièrement lobulée, blanchâtre, lisse, sans végétation, sans bourgeonnement, sans adhérence ni extension aux organes voisins (ce qui le distingue des cancers primitifs qui, à taille égale, contractent presque toujours des rapports étroits avec les autres organes pelviens).

La consistance est ferme; à la coupe, la malignité est immédiatement évoquée devant l'aspect irrégulier de la tranche de section : le tissu est spongieux par endroits, ailleurs gélatineux, kystique, voire hémorragique.

Quant aux trompes et à l'utérus ils sont, en règle, sensiblement normaux. (Fig. 1).

FIG. 1

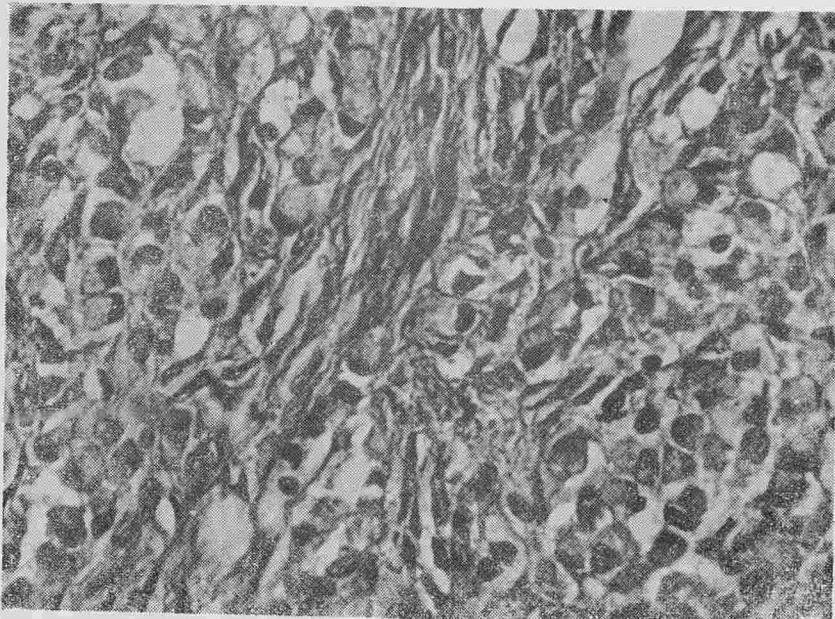


HISTOLOGIE.

A l'étude microscopique, l'élément de base qui a permis à KRUKENBERG d'étiqueter avec précision la lésion est *la cellule en bague à chaton* : cytoplasme en anneau, noyau repoussé à la périphérie, partie

centrale occupée par une goutte de mucus, donnent à cette cellule un aspect inimitable. En fait, le cytoplasme peut rester réparti de façon homogène avec, en son sein, des gouttes de mucus de taille variable, voire absentes. (Fig. 2).

FIG. 2



Le groupement de ces cellules se fait de façon variable :

- elles peuvent être isolées dans le stroma (reproduisant l'aspect de la limite gastrique);
- elles peuvent former des acini, et le mucus, au lieu d'être intracellulaire, se trouve dans la lumière des acini;
- elles peuvent former des tubes, voire des boyaux en tous points comparables à ceux d'un épithélioma glandulaire : il s'agit là de ce que NOWAK appelle les formes de transition et qui, sur le plan de l'interprétation nosologique et pathogénique, peut donner libre cours à toutes les opinions.

Quant au stroma, il est par places richement cellulaire, en d'autres pauvre en cellules, oedémateux, myxomateux. Il avait été considéré par KRUKENBERG comme l'origine du processus malin.

A signaler enfin que, dans l'ovaire, la lésion n'est presque jamais périphérique.

LA TUMEUR PRIMITIVE.

Si nous admettons le fait que la lésion ovarienne est une métastase, le cancer primitif est un cancer glandulaire muco-sécrétant : épithélioma glandulaire muco-sécrétant ou limite plastique au niveau de l'estomac, épithélioma glandulaire également muco-sécrétant avec éléments cellulaires en bague à chaton au niveau de l'intestin ou des voies biliaires. Quant à la localisation mammaire ou thyroïdienne primitive, sous forme d'un épithélioma muco-sécrétant, elle soulève un problème de principe : doit-on ou non la faire rentrer dans le cadre d'un syndrome métastatique dont l'origine est, par définition, digestive ?

Enfin, signalons sur le plan anatomo-pathologique, la très grande fréquence (mais non la constance, comme il a été considéré par certains), d'une atteinte métastatique des ganglions et vaisseaux lymphatiques situés entre la lésion primitive et les ovaires. Nous verrons ultérieurement l'intérêt théorique considérable de cette notion. Notons également la fréquence d'une réaction ascitique hémorragique.

CLINIQUE.

Sur le plan clinique, un premier fait : dans la majorité des cas, le diagnostic n'est pas fait avant l'intervention. Parfois, le diagnostic envisagé est celui de cancer digestif, ailleurs celui de tumeur ovarienne; mais ce n'est qu'à ventre ouvert, voire à l'examen histologique, que l'on affirme seulement la tumeur de type Krükenberg.

1^o *Symptomatologie abdomino-pelvienne.*

Dans la moitié des cas environ, la tumeur abdomino-pelvienne est au premier plan du tableau clinique.

Elle est apparue progressivement. Elle s'accompagne de troubles hormonaux discrets : hyper ou poly-ménorrhée, ou parfois aménorrhée, et de troubles digestifs mineurs.

L'examen montre la présence d'une masse ferme, arrondie, régulière, de siège hypogastrique, et l'on peut penser chez cette femme en période d'activité génitale, à une grossesse; ou bien le palper abdominal et le toucher-palper révèlent l'existence de deux masses, l'une abdominale, l'autre pelvienne, vraisemblablement annexielles, bien séparées de l'utérus par un sillon, mobile, régulier.

Que cette lésion s'accompagne de quelques troubles digestifs ou de l'état général, d'un peu d'ascite, voire d'un nodule métastatique du Douglas, et l'on évoque une formation ovarienne maligne. Les examens paracliniques de rigueur sont demandés (bilan général, hématologique, hormonal), mais bien rarement on pense à priori à cette lésion rare qu'est la tumeur de Krükenberg, et bien rarement on fait pratiquer l'étude radiologique gastrique et intestinale.

2^o *Symptomatologie digestive.*

Dans un tiers des cas, le tableau clinique est dominé par les troubles digestifs :

- ou bien ceux-ci sont d'une grande banalité : nausées, vomissements, anorexie, constipation;
- ou bien la symptomatologie est suffisamment nette pour avoir fait pratiquer les examens qui ont mis en évidence une tumeur gastrique ou intestinale;
- ou bien une intervention antérieure a été motivée, dans les mois précédents, par une tumeur digestive. Le diagnostic de métastase ovarienne,

lorsqu'apparaît la tumeur pelvienne, est aisé, surtout si elle s'accompagne d'ascite;

- ou bien il s'agit d'un syndrome abdominal aigu lié, soit à une complication de la lésion digestive, soit à une torsion de la tumeur ovarienne, et le diagnostic n'est fait qu'à l'intervention ou sous le microscope.

3 *Symptomatologie associée.*

La constatation simultanée d'une tumeur abdomino-pelvienne bilatérale, de troubles digestifs cliniquement patents confirmés radiologiquement, est retrouvée, dans quinze pour cent des cas. Il s'agit en général de formes à évolution rapide.

C'est dire que le diagnostic est de difficulté très variable selon les cas : simple lorsqu'une intervention digestive a eu lieu dans un passé plus ou moins proche, ou qu'il existe une association nettement évidente, il est difficile dans tous les cas à symptomatologie digestive ou pelvienne isolée. D'où, sur le plan pratique, la nécessité :

- d'une exploration digestive en cas de tumeur annexielle, surtout si elle est double;
- d'une exploration pelvienne de toute tumeur digestive, de découverte radiologique ou opératoire.

Tels sont les aspects relativement simples, sur le plan clinique et anatomo-pathologique, de la tumeur de Krükenberg. Sous d'autres angles, les problèmes évoqués, comme c'est bien souvent le cas en cancérologie, soulèvent beaucoup plus de questions, actuellement insolubles, qu'ils n'apportent de réponses. D'autant que, ce qui ne facilite pas son étude, la tumeur de Krükenberg est rare.

ETIOLOGIE.

Fréquence :

En effet, la tumeur de Krükenberg est peu fréquente. La majorité des auteurs estiment sa fréquence à environ un pour cent des tumeurs de l'ovaire en général et à dix pour cent des tumeurs malignes de l'ovaire (chiffre qui nous paraît personnellement supérieur aux chiffres réels). Parmi les auteurs qui ont rassemblé les résultats publiés dans la littérature, LINARD en a réuni 530 cas en 1946 et DIDDLE 557 en 1955.

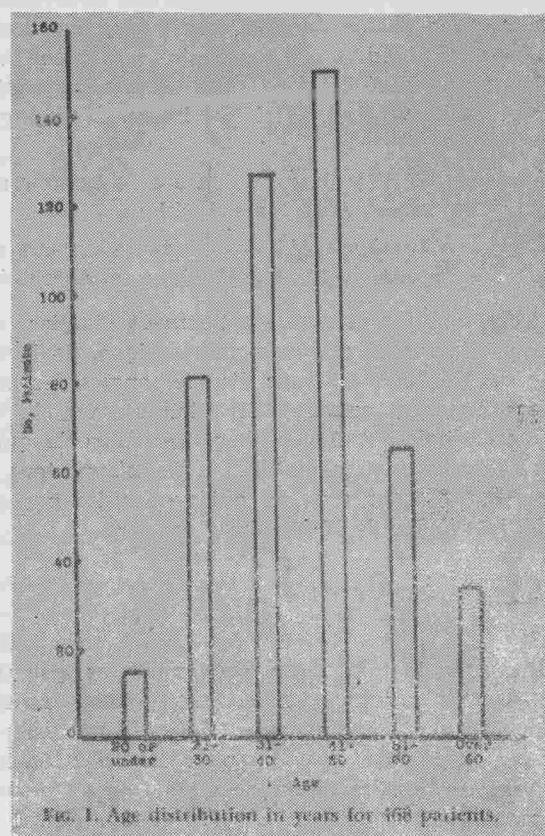
Quant à sa fréquence par rapport au nombre des métastases ovarien, elle serait de cinq pour cent, chiffre qui paraît également un peu élevé.

Age :

L'étude de l'âge d'apparition de la tumeur de Krükenberg met en évidence des faits assez curieux.

En premier lieu, cette lésion est observée avec une relative fréquence chez la femme jeune. GAUTHIER-VILLARS, dans sa thèse classique portant sur 365 cas, en trouve 17 pour cent au-dessous de trente ans. THOMAS en a 21 pour cent de moins de trente ans, DIDDLE 15 pour cent de moins de trente ans, SCHMIDT 47 pour cent de moins de quarante ans, et LINARD 50 pour cent. Ceci ressort d'ailleurs bien du tableau emprunté à DIDDLE et qui montre l'âge moyen relativement jeune des malades porteuses d'une tumeur de Krükenberg. (Fig. 3).

FIG. 3 (D'après DIDDLE).



Ceci doit être rapproché des deux points suivants :

— d'une part d'après les statistiques françaises, 5 pour cent seulement des cancers de l'estomac se

voient avant 30 ans (à comparer aux 17 et 21 pour cent des Krükenberg);

— d'autre part, l'âge moyen du cancer de l'ovaire est de 50 ans (donc nettement plus élevé que celui de la tumeur de Krükenberg).

Par ailleurs, MATHIEU, dans une étude portant sur 575 cancers de l'estomac, trouve 18 pour cent de métastases ovariennes chez les malades de moins de trente ans, alors que le pourcentage communément admis dans le cancer de l'estomac est de 2 pour cent.

Faut-il donc considérer que l'âge moyen relativement peu élevé des tumeurs de Krükenberg n'est qu'un des aspects de la plus grande fréquence des métastases ovariennes en général avant la ménopause, en période d'activité génitale ?, ou bien qu'il s'agit d'une « tranche » particulière des cancers de l'estomac ? Le problème serait facile à résoudre si cette lésion ne se voyait jamais après la ménopause. Tel n'est pas le cas, puisqu'il en existe également après la ménopause, et sur ovaires atrésiques.

Origine de la tumeur primitive :

Il est admis, actuellement, que la tumeur de Krükenberg est une tumeur secondaire, métastatique. Il est également reconnu que l'estomac est le responsable, dans la grande majorité des cas : 65 à 80 pour cent, selon les auteurs, suivi par le côlon, l'intestin grêle et l'appendice, les voies biliaires, le pancréas. (Fig. 4).

Sur le plan histologique, tous les épithéliomas gastriques peuvent donner une tumeur de Krükenberg, mais surtout sont en cause la linte plastique et les tumeurs colloïdes, de même, qu'au niveau de l'intestin ce sont essentiellement les tumeurs colloïdes.

Ceci amène à poser le problème des rapports histologiques entre la tumeur ovarienne et la tumeur digestive. Il est deux cas extrêmes :

— le cas type, celui de la linte plastique avec métastases ovariennes en reproduisant les caractères cytologiques et histologiques, il s'agit de la lésion même de Krükenberg;

— à l'opposé le cancer glandulaire digestif le plus souvent colique non muco-sécrétant, avec métastases ovariennes identiques : il ne s'agit pas, par définition, d'une tumeur de Krükenberg.

FIG. 4 (D'après DIDDLE)

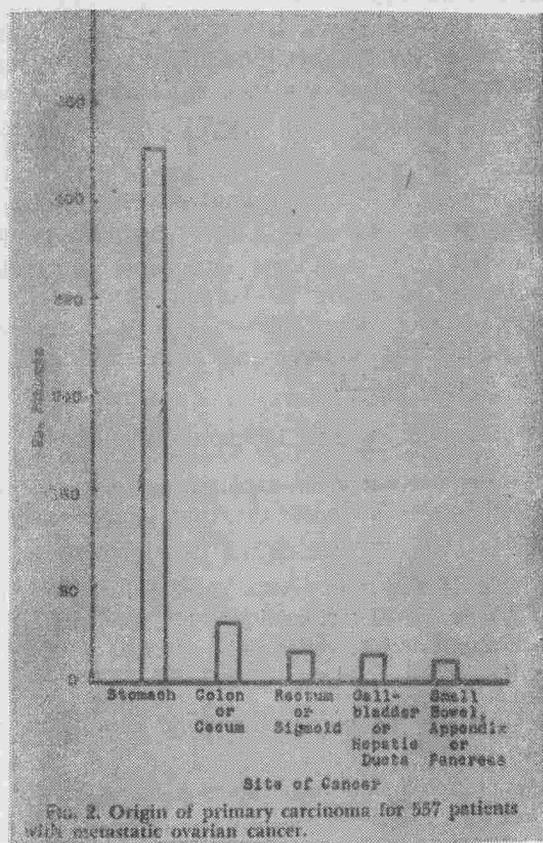


FIG. 2. Origin of primary carcinomas for 557 patients with metastatic ovarian cancer.

Mais il est des cas où un cancer glandulaire, mucoïde ou non mucoïde, mais sans cellules en bague à chaton, s'accompagne d'une lésion ovarienne macroscopiquement et microscopiquement typique du Krükenberg, et renfermant en particulier ces cellules en bague.

L'interprétation de ces faits est difficile. NOVAK pense que cette unité cytologique et histologique est liée non à l'origine gastrique ou colique de la tumeur, mais à la localisation ovarienne de la métastase. Pour SCULLY et RICHARDSON, seul l'estomac donne des métastases typiques de Krükenberg; lorsqu'il s'agit d'un cancer colique, les cellules trouvées dans l'ovaire ne se voient ni au niveau de l'intestin, ni dans les métastases extra-ovariennes s'il en existe; ce sont des cellules du même type que les cellules de lutéinisation de l'hyperthécose ou du stroma de certains cancers primitifs de l'ovaire. Ceci rejoint un peu l'opinion de NOVAK et pose des problèmes d'ordre hormonal sur lesquels nous reviendrons.

Le « cadre » du Krükenberg.

La question de l'origine de la lésion primitive amène à poser la question du cadre de ce syndrome. Doit-on considérer que l'ensemble des lésions décrites par KRÜKENBERG et ses successeurs est en tous points bien défini et comme tel, limité ou bien doit-on y faire entrer tous les cancers muco-sécrétants à métastases ovarien isolées : le sein, la thyroïde, l'endomètre, la surrénales, le poumon ? Il s'agit d'un problème purement nosologique. Mais, en tout état de cause, seuls certains cancers du sein qui en possèdent semblent pouvoir donner des cellules en bague à chaton au niveau de l'ovaire; ce qui amènerait à considérer que seul le cancer du sein (en dehors du tube digestif) peut être admis au rang de pourvoyeur de tumeurs de Krükenberg, ce qui va à l'encontre de la théorie de NOVAK quant à la responsabilité de l'ovaire seul dans la morphologie cytologique des métastases.

Les tumeurs de Krükenberg primitives.

La tumeur ovarienne métastatique, dans le syndrome de Krükenberg, est toujours de taille importante par rapport à la tumeur primitive. C'est dire que, le déséquilibre augmentant, il n'est pas exceptionnel que la tumeur primitive soit de très faible taille, parfois, sans traduction clinique, et même, dans certains cas, de découverte histologique ou autopsique. Ceci est une chose peu fréquente en clinique carcinologique, mais existe, par exemple, dans le goitre bénin métastatique.

On conçoit donc qu'il soit parfois impossible de trouver la tumeur primitive. Ce qui a amené un certain nombre d'auteurs à parler de tumeurs de Krükenberg primitives. Pendant longtemps, ceci a été considéré comme tout à fait exceptionnel. Le seul critère pour NOVAK — qui avait connaissance de deux cas « primitifs » — était la survie prolongée après traitement des seules lésions ovarien : les cas signalés par NOVAK avaient une survie de 10 et 15 ans. Ces tumeurs de Krükenberg apparemment primitives sont à rapprocher des adénopathies cervicales malignes, métastases d'un épithélio-ma glandulaire dont l'origine reste inconnue, même à l'autopsie.

Or, en 1960, WOODRUFF a publié 10 cas, — ce qui est considérable — de tumeurs de Krükenberg apparemment primitives, ayant subi une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, et dont la survie s'étendait de 1 à 10 ans pour cinq d'entre

elles. Chez aucune n'avait pu être mis en évidence la moindre lésion primitive.

Il s'agit là de faits relativement récents, et qui n'ont pas été infirmés jusqu'à présent. NOVAK pense trouver l'origine des cellules en « bague à chaton » dans une transformation de cellules provenant d'un cystadénome pseudo-mucineux de même que les cellules de la tumeur de Brenner dérivent de celles des îlots de Walthar.

PHYSIOPATHOLOGIE.

Les problèmes physiopathologiques soulevés par la tumeur de Krükenberg sont de trois ordres :

- le mode de propagation;
- l'ovariotropisme;
- les problèmes hormonaux.

1° Mode de propagation :

Quatre voies de propagation ont été envisagées par les auteurs :

- propagation par contiguïté;
- propagation par voie transpéritonéale;
- propagation par voie lymphatique;
- propagation par voie sanguine.

Propagation par contiguïté :

Elle ne peut être envisagée que pour un nombre très limité de cas, — tumeur intestinale en contact avec l'ovaire — et par conséquent ne peut être retenue.

Propagation par voie transpéritonéale :

L'hypothèse d'une propagation par voie transpéritonéale repose sur un certain nombre d'arguments :

- la position déclive de l'ovaire;
- la direction de la racine du mésentère et la plus grande fréquence de l'atteinte de l'ovaire droit;
- l'absence de péritoine au niveau de l'ovaire;
- la présence de la « plaie » folliculaire au moment de la rupture du follicule (mais cette plaie ne reste ouverte que quelques minutes);
- les expériences célèbres de POLANO : découverte dans les ovaires de particules d'encre de Chine injectée dans la grande cavité péritonéale.

Cette propagation se ferait, soit par l'intermédiaire d'une atteinte métastatique du péritoine précédent celle de l'ovaire, — mais elle n'est pas démontrée —, soit par greffe directe au niveau de l'ovaire.

Cette hypothèse est infirmée par deux ordres de faits :

- le fait que la tumeur primitive n'est pratiquement jamais en contact avec la cavité péritonéale;
- le fait que les lésions ovariennes apparaissent d'abord au centre de l'organe et qu'elles n'en occupent pratiquement jamais la surface externe, ce qui serait indispensable si la greffe venait de la grande cavité.

Propagation par voie lymphatique :

C'est elle qui a, et depuis longtemps, la faveur des auteurs, et en particulier des anatomo-pathologistes.

Elle se ferait par voie directe jusqu'aux ganglions coronaires stomachiques et préaortiques, puis rétrograde par les troncs pré- et latéro-aortiques et ensuite lombo-ovariens.

Ce mode de propagation rend compte de plusieurs faits :

- la prédominance des lésions dans la région centrale de la glande;
- leur bilatéralité;
- la très grande fréquence de l'atteinte histologique des troncs et des ganglions lymphatiques entre l'estomac et l'ovaire, en cas de tumeur de Krükenberg.

Cette invasion est très fréquente, mais elle n'est pas constante. GRIMOUDE et LAPEYRERE ont rapporté, par exemple en 1961, le cas d'une malade ayant subi en juin 1958 une gastrectomie totale pour un adénocarcinome muco-sécrétant avec adénopathies métastatiques le long de l'artère pylorique et de l'hépatique propre. Deux ans plus tard, en juin 1960, la malade est réopérée avec une tumeur de Krükenberg caractéristique. Or, à l'examen histologique, et malgré les adénopathies constatées antérieurement, il n'a été découvert aucune atteinte lymphatique, ni des ganglions, ni des troncs.

Propagation par voie sanguine :

Sans que l'on sache très bien pourquoi, cette voie n'a pas la faveur des auteurs. Elle explique

rait cependant la localisation centrale des lésions dans l'ovaire (comme la voie lymphatique); et d'ailleurs des amas cellulaires ont été retrouvés dans les vaisseaux sanguins péri-ovariens, mais ceci uniquement dans les formes où la localisation ovarienne s'accompagnait de métastases extra-ovariennes. La principale objection faite au mode de propagation par voie sanguine des métastases ovariennes s'appuie sur la localisation uniquement ovarienne des lésions.

2 L'ovariotropisme.

Le véritable problème n'est pas là : le véritable problème consiste à savoir pourquoi, dans le syndrome de Krükenberg, la localisation métastatique est ovarienne, et pourquoi elle l'est avec élévation. De nombreuses hypothèses ont été émises jusqu'à ce jour, reposant sur un certain nombre de faits expérimentaux :

- c'est ainsi que KULSCHERENKO et SCHWEDKOWA préparant des extraits d'organes de lapin pour culture de tissus se sont aperçus que le pH optimum pour ce faire était obtenu avec des extraits ovariens;
- c'est ainsi que BAUER, étudiant le rapport entre la tension superficielle d'un milieu de culture de tissus et la croissance tissulaire, a remarqué que le rapport le plus favorable se trouvait obtenu avec des extraits ovariens.

Ces faits expérimentaux ont toute chance d'être justes; cependant, s'ils expliquent certaines raisons de la localisation, ils n'expliquent pas :

- pourquoi certains cancers digestifs donnent des métastases ovarien;
- pourquoi ces métastases ovarien sont, dans le syndrome type, isolées;
- pourquoi ces métastases revêtent un aspect histologique si particulier.

3^e Problèmes hormonaux.

C'est la raison pour laquelle un certain nombre d'auteurs pensent, actuellement, que le facteur hormonal joue un rôle primordial dans le déterminisme de la tumeur de Krükenberg.

L'âge moyen peu élevé est un argument en faveur de cette hypothèse. En fait, comme pour le cancer du sein, en particulier, il n'est pas étonnant de voir des métastases se produire au niveau d'un organe très actif et non au niveau d'un ovaire post-ménopausique atrésique.

D'ailleurs, les études hormonales — frottis vaginaux, biopsies d'endomètre, dosages hormonaux, — ont mis en évidence une hyperoestrogénie très nette, qui a régressé après traitement chirurgical. Certains auteurs ont décrit des cas de transformation découverte de l'endomètre, d'hyper-activité progestative, de syndrome andiogénique, ayant totalement disparu après le traitement chirurgical. SCULLY et RICHARDSON, nous l'avons vu, pensent qu'il existe un rapport morphologique très net entre les cellules ovarien de la tumeur de Krükenberg — du moins dans les formes d'origine intestinale — et les cellules de l'hyperthécose ou de la thécomatose.

Cependant, si ces faits peuvent expliquer, dans une certaine mesure, la localisation ovarienne, ils ne donnent guère d'explication pour la survenue, chez des malades jeunes, d'un cancer digestif. Ou du moins ils repoussent l'explication d'un étage vers le problème hormonal, mais ne donnent pas le primum movens de la chose.

En définitive, on parle d'un ovariotropisme particulier de certains cancers digestifs, — mais lesquels ? — ce qui n'est pas très éloigné de la vertu dormitive de l'opium.

TRAITEMENT

Le traitement de la tumeur de Krükenberg est chirurgical. La radiothérapie, et ceci a été recommandé par tous, est inefficace, ce qu'aurait d'ailleurs pu faire prévoir le type histologique de la tumeur primitive.

CHIRURGIE.

Tumeur primitive. La chirurgie est une chirurgie d'exérèse de la tumeur et de son support anatomique : gastrectomie, colectomie; de nombreux types d'intervention peuvent être envisagés. Le plus important, est que l'acte chirurgical comporte, dans la mesure du possible, l'exérèse des ganglions satellites de la lésion.

Tumeurs ovarien. L'acte chirurgical doit comporter une annexectomie bilatérale avec hysterectomie totale, ce qui, dans la règle, ne pose pas de problèmes techniques particuliers, puisque les tumeurs ovarien ne contractent aucun rapport étroit avec les organes voisins. Là aussi, et dans la mesure du possible, une exérèse ganglionnaire doit être réalisée, de même que l'ablation d'éventuelles métastases extra-ovariennes, s'il s'en trouve.

L'ablation des ganglions satellites pose d'ailleurs des problèmes théoriques difficiles, puisque — les lymphographies sont venues le confirmer — les lymphatiques de l'ovaire contractent des anastomoses avec, en particulier, les lymphatiques iliaques externes, hypogastriques, et même présacrés. Le curage ganglionnaire risque donc d'être incomplet.

Réalisation pratique du temps chirurgical.

L'un des problèmes qui se pose, sur le plan thérapeutique, est de savoir dans quel ordre réaliser ce programme chirurgical. Certes, il est des cas où la clinique est à prédominance digestive ou pelvienne. C'est ainsi que, parfois, au cours de la gastrectomie ou de la colectomie, l'exploration chirurgicale découvre la présence de lésions ovariennes; ailleurs, c'est pendant l'intervention pelvienne que la mise en évidence de lésions gastriques ou coliques vient modifier ou faire compléter l'acte opératoire. D'où une double règle formelle :

- toute intervention portant sur un cancer digestif doit, de toute nécessité, s'accompagner d'une exploration pelvienne per-opératoire;
- toute intervention pelvienne portant sur un ou deux ovaires tumoraux doit s'accompagner d'une exploration per-opératoire des organes digestifs.

En dehors de ces cas nets, la double intervention digestive et pelvienne peut être réalisée, soit en un, soit en deux temps. En un temps, comme l'ont proposé AMELINE, DELAUNAY, cette chirurgie risque d'être choquante, puisqu'elle associe en une même séance deux interventions dont chacune, isolément, est importante. Et si elle est réalisée en deux temps, par où commencer ? On peut être tenté de faire en premier l'annexectomie, surtout si la tumeur pelvienne est volumineuse ou gênante par son volume. Mais on s'expose alors — ceci n'est pas exceptionnel — à une explosion métastatique rapide après l'intervention; il semble que, dans ces cas, la tumeur ovarienne constitue une espèce de frein à l'évolution des lésions et que, ce frein levé, il ne soit plus possible d'arrêter le processus.

C'est pourquoi beaucoup d'auteurs estiment préférable de commencer par le temps chirurgical digestif — bien qu'il soit évidemment illogique d'enlever une tumeur en laissant ses métastases en place — et de le faire suivre, le plus rapidement possible, du temps chirurgical pelvien.

En tout état de cause, il s'agit bien souvent de cas d'espèces et il est difficile de fixer un protocole chirurgical très précis.

La chirurgie hormonale.

Un certain nombre de faits, nous l'avons vu militent en faveur d'une participation hormonale du syndrome de Krükenberg : âge relativement jeune des malades — tableaux d'hyperœstrogénie, d'hyperluteinie, voire d'androgénie — qui cèdent après l'ablation des lésions. Certains auteurs ont donc pu proposer, soit une hormonothérapie, soit une chirurgie hormonale portant sur les surrénales ou sur l'hypophyse. Il s'agit là d'une hypothèse de travail intéressante et séduisante, mais qui n'a pas jusqu'alors, à notre connaissance, été tentée.

LES TUMEURS DE KRÜKENBERG PRIMITIVES.

Si l'on admet, avec un certain nombre d'auteurs contemporains, l'existence de tumeurs de Krükenberg primitives, on est amené à les faire entrer dans le cadre des tumeurs primitives de l'ovaire et, par conséquent, à envisager la possibilité de traitements autres que chirurgical. En effet, la radio-sensibilité des cancers de l'ovaire et leur chimio-sensibilité, qui lui est souvent parallèle, ne paraît pas liée du moins dans l'état actuel de nos connaissances, à la forme histologique. C'est dire que dans les cas — exceptionnels — où l'on pose le diagnostic de tumeur de Krükenberg primitive, on peut envisager une irradiation complémentaire post-chirurgicale; de même en présence de lésions extra-ovariennes, d'ascite, de métastases à distance, l'emploi d'une chimiothérapie, à base de thiotépa par exemple, peut être envisagé.

EVOLUTION — RESULTATS DU TRAITEMENT.

L'évolution des tumeurs de Krükenberg est très défavorable, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'il s'agit d'une lésion cancéreuse avec métastases. D'emblée, l'évolution la plus fâcheuse est celle qui suit l'ablation de lésions pelviennes, lorsque la lésion primitive est restée méconnue et, par conséquent, en place : on assiste alors à une véritable explosion métastatique dont la rapidité d'évolution reste aussi déconcertante qu'inexplicable. Ceci étant, le type, la taille, la localisation primitive doivent évidemment être pris en considération pour l'estimation du pronostic.

DIDDLE, dans sa revue de 557 cas publiés, retrouve 11 malades survivantes après le traitement.

1 a une survie de 15 ans, 3 de 6 ans, 7 de un an ou moins.

En fait, 4 survies de plus de 5 ans, ce qui montre la gravité de l'affection.

TUMEUR DE KRÜKENBERG ET GROSSESSE.

La tumeur de Krükenberg est parfois associée à la grossesse. DIDDLE en relève 36 cas, 33 de ces malades avaient un cancer gastrique.

Le diagnostic est rendu difficile par la grossesse — tant sur le plan digestif fonctionnel que sur le plan de l'examen : la tumeur annexielle risque en effet de passer inaperçue.

L'évolution est particulièrement grave dans cette association pathologique, et la mort survient rapidement après l'intervention : dans la série de DIDDLE, une femme a survécu 2 ans, une autre un an et demi.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNIER L., BONENFANT J.L. — La tumeur de Krükenberg. *Gyn. Obst.*, 54, 615, 1955.
- DELAUNAY E., VERHAEGHE M., GAUTIER P. — Le syndrome de Krükenberg. *Rev. Fr. Gyn. Obst.*, 46, 57-68, 1951.
- DIDDLE. — Krükenberg tumor : diagnostic problem. *Cancer*, 8, 1026-1034, 1955.
- GAUTHIER-VILLARS P. — Contribution à l'étude des métastases ovariennes des épithéliomas digestifs. *Thèse*, Paris, 1927.
- GRIMOUD M., LAPEYERE J. et coll. — Sur la pathogénèse des tumeurs dites de Krükenberg. A propos d'un cas privilégié. *Arch. Mal. App. Dig.*, 50, 835, 1961.
- LINARD R. — Carcinomes métastatiques bilatéraux des ovaires ou tumeur de Krükenberg. *J. Chir.*, 62, 15-29, 1946.
- NOVAK E. — Gynecological and Obstetrical Pathology : with clinical and endocrine relations. Saunders, 1947.
- OBER W.B. et coll. — Krükenberg tumor with androgenic and progestational activity. *Am. J. Obst. Gyn.*, 84, 739, 1962.
- SCULLY R.E., RICHARDSON G.S. — Luteinisation of metastatic cancer involving the ovary and its endocrine significance. *Cancer*, 14, 827, 1961.
- THOMAS Y. — Tumeur de Krükenberg des deux ovaires secondaires à un cancer de l'estomac. *Med. J. Austral.*, 1, 766, 1951.
- TURUNEN A. — Hormonal secretion of Krükenberg tumor. *Acta Endocrinologica*, 20, 50, 1955.
- VIRIEUX C. — Studies on the incidence and manner of origine of cancer métastases in the ovaries. *Gynaecologie*, 153, 209, 1962.
- WOODRUFF Y.D., NOVAK E.R. — The Krükenberg tumor : study of 48 cases from the ovarian tumor registry. *Obst. Gyn.*, 15, 351-360, 1960.



Geigy

Tandéril®

suppositoires

The logo for Leigh, featuring the brand name in a bold, sans-serif font inside a circular border.

Laboratoires Geigy
51-55, boulevard Brune
Paris 14^e

Formule : 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3,5-dioxo-4-n-butyl-pyrazolidine monohydrate

Indications : Inflammations quelle que soit leur étiologie - Inflammations post-traumatisques de l'appareil locomoteur - Inflammations post-opératoires - Inflammations gynécologiques - Inflammations des vaisseaux sanguins et lymphatiques - Inflammations oculaires - Inflammations au cours des maladies infectieuses (adijuvant de la chimiothérapie spécifique).

Contre-indications : Les ulcères gastro-duodénaux même anciens et considérés comme guéris constituent des contre-indications formelles. L'hypersensibilité aux dérivés pyrazolés, une leucopénie, une diathèse hémorragique représentent des contre-indications. Les troubles cardiaques, hépatiques ou rénaux imposent la prudence. Toute insuffisance grave de l'un de ces organes interdit un traitement par le Tandospirone.

Posologie : A titre indicatif le traitement peut être conduit de la façon suivante :

— Adultes Dragées : Il est conseillé de les absorber au cours des repas. Traitement d'attente : 3 à 6 mois. S'il persiste (2 à 3 mois),

— Adultes :
Traitement d'attaque : 2 dragées 2 ou 3 fois par jour (8 à 10 mg/kg environ)
Traitement d'entretien : 1 dragée 3 fois par jour (4 à 5 mg/kg environ)
En cas d'intervention, il y a intérêt à mettre en place un traitement préventif.

En cas d'intervention il y a intérêt à mettre en œuvre le traitement avant l'acte opératoire

— Enfants de plus de 18 mois Traitement d'attaque : 10 à 12 mg par kg de poids et par jour pendant 2 à 4 jours (soit environ 1 à 3 dragées de 2 à 6 ans) puis, Traitement d'entretien : 6 à 8 mg par kg de poids et par 24 heures Suppositoires - Adultes (suppositoires à 250 mg) 2 suppositoires par jour - Enfants (suppositoires à 100 mg) 10 mg/kg par 24 heures

Présentation : Dragées dosées à 100 mg - Tableau C - Étui de 30 dragées - P. Cl 8 - Modèle hôpital de 500 dragées Suppositoires dosés à 100 et 250 mg - Tableau C - Boîte de 10 suppositoires à 100 mg - P. Cl 4 - Boîte de 10 suppositoires à 250 mg - P. Cl 8 - Modèle hôpital de 50 suppositoires à 100 et 250 mg

Hygroton® Geigy

diurétique oral d'effet
prolongé

1-oxo-3-(3'-sulfamoyl-4'
chlorophényl)-3-hydroxy-
iso-indoline

Indications

Œdème cardiaque, rénal
orthostatique, trophique
Hypertension artérielle
Obésité par rétention
hydro-sodée
Syndrome prémenstruel

Contre-indication

Insuffisance rénale grave

Posologie

Traitements d'attaque et
cas graves : 1 à 2 comprimés
par jour en une seule
prise
Traitement d'entretien et
cas bénins : 1/2 ou 1 comprimé
tous les deux jours

Présentation

Comprimés à 100 mg
Tableau C
Etui de 15 comprimés P. cl. 7

S.S. -- Art.115 - A.M.G.
Collectivités Publiques



Laboratoires Geigy
51-55 Bd Brune
Paris 14^e

THIOPHENICOL

toutes les branches
de la lutte anti-infectieuse

**LARGE SPECTRE
ANTI-MICROBIEN**

2

présentations

INJECTABLE
toutes les infections
à germes sensibles
action énergique et prompte
taux sanguins élevés et durables



COMPRIMÉS
infections urinaires,
à germes sensibles
biliaires, intestinales,
broncho-pulmonaires
élimination :
massive par l'urine
à un taux élevé par la bile



LABORATOIRES CLIN-COMAR
20, RUE DES FOSSES-SAINT-JACQUES - PARIS V^e

DIRECTIONS MÉDICALES ET PUBLICITAIRES CLIN-BYLA

ALGER

2, rue Louise-de-Bettignies
B. P. 380 Tél. 65.74.63

ORAN

5, rue de la Remonte
B. P. 159 Tél. 359.78

CONSTANTINE

37, rue Jules-Ferry
B. P. 15 Tél. 54.05

CASABLANCA

8, rue Saint-Quentin
Tél. 437.92

TUNIS

68, avenue Farhat-Hached
Tél. 241.609

DAKAR

3, place de l'Indépendance
B. P. 2072 Tél. 210.92

ABIDJAN

B. P. 20.830
51, rue Albert-Picquié
B. P. 1427 Tél. 203.51

TANANARIVE

Route de l'Union par Didier
Tél. 64.12

Eléments de pronostic et évolution des cancers du col utérin au stade II

N. MOURALI, G. MICHEL, F. TABBANE et J. LACOUR

Notre travail porte sur une série de 465 malades atteintes de cancer du col utérin au stade II, traitées à l'Institut Gustave Roussy entre le 1^{er} janvier 1950 et le 31 décembre 1961 et suivies cinq années ou plus.

Nous avons écarté de cette étude :

- les cancers déjà traités ou partiellement traités avant leur venue à l'Institut Gustave Roussy,
- les cancers dont le traitement a été incomplet,
- enfin, les cancers du col restant en raison des difficultés d'appreciation du stade.

Nous insistons sur le fait que notre étude est strictement prospective et nous n'ignorons pas qu'elle est sujette à caution, surtout en ce qui concerne certaines données cliniques qui ont dû être interprétées pour être classées dans telle ou telle rubrique.

Nous envisagerons successivement :

- les éléments du pronostic des cancers stade II;
- l'évolution de ces cancers.

A) ELEMENTS DU PRONOSTIC

Trois ont une certaine valeur et feront l'objet de notre étude alors que nous ne ferons qu'énumérer les autres.

Ce sont :

- 1^o L'extension locale et plus particulièrement l'extension plus ou moins étendue aux paramètres;
- 2^o Le volume apparent de la lésion cervicale;
- 3^o Le type histologique de la lésion.

1^o L'extension locale :

Elle constitue le premier des éléments du pronostic :

— d'une part, par son importance capitale, car de son appréciation va dépendre le choix de tel ou tel traitement;

— d'autre part, dans l'ordre chronologique, car il peut être établi dès l'examen initial.

En 1966, à la suite d'un accord entre l'U.I.C.C. et le Comité spécial de la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique et se basant sur les propositions faites par cette dernière en 1961, un document fut publié donnant les définitions de la tumeur primitive T dont nous extrayons celles du stade II (T2).

T2 : cancer s'étendant au delà du col, n'atteignant pas la paroi du pelvis, ou bien cancer envahissant le vagin, mais pas au delà de l'union tiers inférieur et tiers moyen.

2 sous-groupes :

T2a : cancer envahissant le vagin ou le corps seulement (c'est-à-dire n'infiltrant pas le paramètre);

T2b : cancer infiltrant le paramètre (avec ou sans envahissement du vagin et du corps).

Dans le cadre de la classification T.N.M., T ne sert qu'à la description de l'extension locale. L'adénopathie identifiée par la lettre N ne peut, naturellement, être déterminée dans ces localisations du cancer par l'examen clinique. C'est pourquoi elle est notée Nx. Ce n'est que lorsqu'il y a eu intervention que l'on peut ajouter (—) ou (+) après N en fonction du résultat de l'examen histologique.

Quant aux métastases à distance, elles sont définies par la lettre M (Mo pas de métastases).

L'un des buts d'une telle classification étant d'aider le clinicien à choisir le plan de traitement, nous avons envisagé un groupement différent des éventualités cliniques. Désireux de participer à l'effort de l'U.I.C.C. dans ce domaine, nous ne

nous sommes pas aventureux dans la description d'une classification nouvelle, mais avons essayé, à l'intérieur de T2 U.I.C.C. de procéder à un regroupement autre, plus simple et ainsi défini :

— *Extension proximale groupant :*

- l'extension au tiers supérieur du vagin,
- l'extension au paramètre proximal,
- l'extension au paramètre proximal et au dome vaginal.

— *Extension distale groupant :*

- l'extension au vagin jusqu'au niveau du tiers inférieur,
- l'extension à la totalité du paramètre, sans atteindre la paroi pelvienne et aux deux tiers supérieurs du vagin.

Sans tenir compte de l'uni ou de la bilatéralité des lésions, nous appellerons ces deux groupements, le groupement distal et le groupement proximal, en soulignant bien que ce faisant, nulle atteinte n'est portée aux définitions de l'U.I.C.C., car T2 reste intact et les différentes subdivisions auxquelles nous procéderons pourront être retrouvées dans notre travail.

La survie à 5 ans, sur l'ensemble de nos 465 observations et sans tenir compte du traitement pratiqué, est de 63 %. Les stades II proximal et II distal précédemment définis donnent une survie à 5 ans de :

- 66 % pour le stade II proximal,
- 59 % pour le stade II distal.

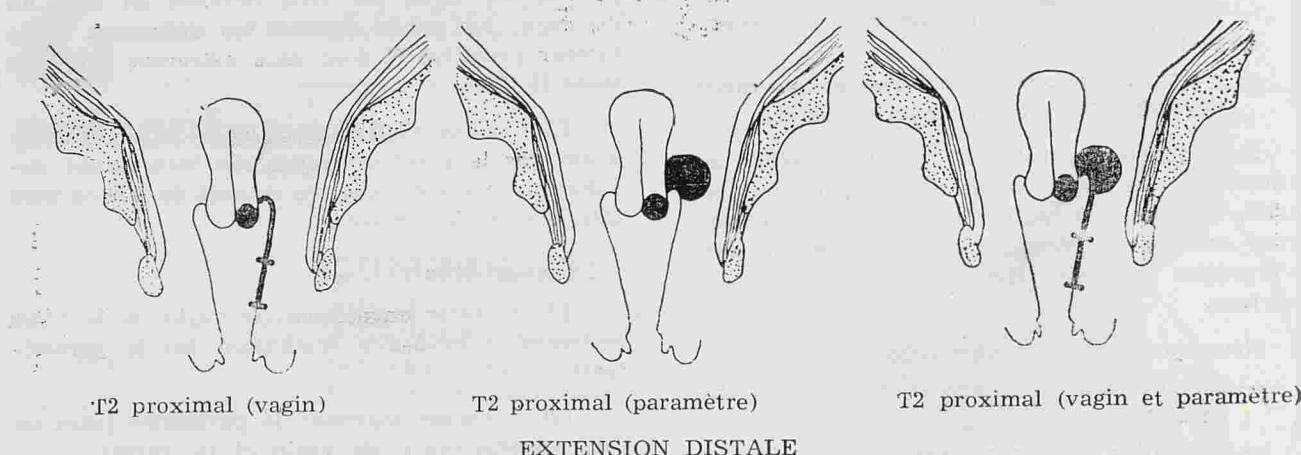


Tableau comparatif des survies du stade II

	Survies à 5 ans		Nombre de cas	
	Nbre de cas	%	Nbre de cas	%
Stade II : Distal	285	61	187	66
Stade II : Proximal	180	39	106	59
	465	55	293	63

Le stade II proximal apparaît donc de meilleur pronostic que le distal, mais l'ensemble de notre population n'étant pas homogène, ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

La signification pronostique des caractères topographiques de l'extension locale apparaît faible pour le stade II si l'on se réfère à nos résultats d'ensemble.

En ce qui concerne le stade IIa, l'envahissement isolé du dôme vaginal est moins fréquent que celui isolé des paramètres.

Il n'apparaît pas de différence statistiquement valable quant à leur gravité entre l'extension aux paramètres et l'extension au dôme vaginal, alors que KOTTMEIER voit passer le taux de survie à 5 ans, de 64,2 % à 46 %, selon que les paramètres sont libres ou infiltrés au stade II.

L'atteinte simultanée du vagin et d'un paramètre voire des deux paramètres, abaisse très légèrement le taux de survie à 5 ans.

A propos de l'extension aux paramètres, trois faits sont à noter :

— le paramètre gauche est le plus souvent atteint. Sur l'explication de ce phénomène on est réduit aux hypothèses;

— entre le côté gauche et le côté droit, il n'y a pas de différence pronostique;

— enfin, l'atteinte de deux paramètres semble très légèrement plus grave que l'atteinte d'un seul paramètre.

Au total, cette classification que nous proposons, quoique plus nuancée et plus précise que la classification internationale, n'en reste pas moins pu-

rement clinique. Or, à l'Institut Gustave Roussy, la décision de considérer tel cas comme un stade IIa ou un stade IIb lors de l'examen initial, revêt une grande importance.

En effet, cette décision implique, du même coup, une orientation thérapeutique différente selon notre nouveau protocole de traitement du cancer du col au stade II. C'est pourquoi nous nous attachons, dans le cadre du « Comité Utérus », à limiter au maximum les erreurs.

— La patiente est vue lors de l'examen initial à la fois par un chirurgien, un gynécologue et un radiothérapeute, qui, en commun, discutent du stade, et par conséquent, du traitement.

— Lorsque les phénomènes inflammatoires semblent accentuer les lésions, la patiente est revue par le même groupe après traitement médical.

— Enfin, lorsqu'il y a un doute et que l'examen s'avère particulièrement difficile chez les femmes obèses ou pusillanimes, l'examen sera pratiqué sous neuroleptiques, selon les règles classiques d'un bon examen gynécologique.

2° SIGNIFICATION PRONOSTIQUE DE LA NATURE DE LA LÉSION :

L'aspect macroscopique de la lésion revêt schématiquement trois grandes formes :

- la forme boursouflante;
- la forme ulcéreuse;
- la forme infiltrante qui peut être considérée comme un stade pré-ulcéreux.

Mais, bien souvent, ces aspects s'associent au sein d'une même lésion.

Signification pronostique de la nature de la lésion

	Nombre de cas		Survies à 5 ans	
	Nbre cas	%	Nbre cas	%
Bourgeon	169	36	98	58
Ulcération	63	14	45	71
Bourgeon + ulcération	63	14	42	67
Infiltration	78	17	55	71
Bourgeon + infiltration	58	12	30	52
Indéterminé	34	7	23	58
Total	465		293	

Notre tableau met en évidence la plus grande fréquence des lésions bourgeonnantes (35 %), certains auteurs considèrent l'aspect macroscopique de la tumeur comme le reflet de son mode de croissance et lui accordent ainsi une certaine valeur pronostique.

Ainsi, sur l'ensemble des publications portant sur ce sujet, les tumeurs exophytiques ou bourgeonnantes donnent des taux de survie à 5 ans, supérieurs aux taux de survie des tumeurs endophytiques ou infiltrantes. Nous n'avons pas retrouvé cette notion, mais bien au contraire, nous avons observé 71 % de survie à 5 ans pour les formes infiltrantes comme 58 % pour les formes bourgeonnantes.

De toutes façons, nos séries n'étant pas comparables quant au traitement pratiqué, cette différence n'est pas statistiquement valable.

Par ailleurs, grâce au toucher vaginal corroboré par l'examen au spéculum, il est possible d'apprécier de façon assez précise, la taille de la lésion au niveau du col. Sur l'ensemble de nos 465 observations nous avons observé 50 % des lésions considérées comme importantes, 46 % de lésions petites ou peu importantes et nous constatons que le volume de la lésion a une valeur pronostique statistiquement significative lorsque le taux de survie à 5 ans passe de 56 à 69 %, selon que la lésion est ou n'est pas importante.

3^e SIGNIFICATION PRONOSTIQUE DE L'ASPECT HISTOLOGIQUE :

Nous avons distingué quatre grandes formes histologiques :

a) *Les carcinomes épidermoïdes* qui représentent le groupe le plus important (84 %) et qui sont :

- soit différenciés (54 %) : ce sont les épilomas spino-cellulaires,
- soit peu différenciés (30 %) : ce sont entre autres les épithéliomas dits baso-cellulaires.

b) *Les adénocarcinomes* qui sont moins nombreux (6 %).

c) *Les carcinomes mixtes* à la fois épidermoïdes et glandulaires (1 %), très rares.

d) *Enfin les carcinomes atypiques* qui représentent 9 % de l'ensemble.

Nous avons noté une incidence de l'histologie sur le pronostic.

En effet, dans le groupe des carcinomes épidermoïdes, les formes peu différenciées donnent une survie à 5 ans meilleure que les formes différenciées, 73 % contre 60 % et cette différence est statistiquement significative.

Signification pronostique de l'aspect histologique

	Nombre de cas		Survie à 5 ans	
	Nbre cas	%	Nbre cas	%
Carcinomes épidermoïdes :				
— différenciés	249	54	150	60
— peu différenciées	140	30	102	73
Adénocarcinomes	27	6	18	67
Carcinomes mixtes	8	1	4	50
Carcinomes atypiques	41	9	19	46
Total	465		293	

Nos résultats sont comparables à ceux publiés récemment par BOTELLA-LLUSIA qui observe que la forme baso-cellulaire est la moins lymphotrope (3,5 % d'envalissement ganglionnaire), alors que la forme spino-cellulaire l'est beaucoup plus (57,4 %). L'auteur conclut que la structure histologique de la néoplasie est beaucoup plus importante que le stade clinique pour déterminer la fréquence des invasions ganglionnaires et qu'elle doit guider l'attitude thérapeutique.

Par contre, dans notre série, les adénocarcinomes ne semblent pas plus graves que les carcinomes épidermoïdes. BOTELLA-LLUSIA affirme qu'il s'agit d'une néoplasie très lymphotrope et trouve des métastases ganglionnaires dans 87 % des cas.

Quant aux carcinomes mixtes et atypiques, ils sont de plus mauvais pronostic et ceci est admis par tous les auteurs.

Les travaux du Docteur HEROVICI sont à rapprocher de ceux de BOTELLA-LLUSIA. En effet, dès 1961, le Docteur HEROVICI a proposé une classification des cancers cervico-utérins en fonction de la clôture conjonctive péri-tumorale. En étudiant les épithélioma épidermoïdes du col utérin, l'auteur avait noté d'importantes modifications du stroma, grâce à une coloration, le picropolychrome, qu'il avait mise au point, il put sur l'aspect morphologique du stroma des tumeurs, établir une classification en trois groupes :

Groupe A :

Il existe autour de chaque travée tumorale une néobasale régulière qui entoure complètement les îlots tumoraux (clôture).

Groupe C :

Il existe dans le stroma de vastes plages de substance hyaline, des territoires œdématisés et une nécrose fibrinoïde des parois vasculaires. Dans cette forme, certaines travées peuvent néanmoins être clôturées.

Groupe B :

Il s'agit d'un groupe intermédiaire dans lequel sont classés les épithéliomas qui ne peuvent entrer ni dans le groupe A, ni dans le groupe C.

Ces travaux sont actuellement poursuivis à l'Institut Gustave Roussy, d'une manière systématique sur toutes les biopsies du col utérin avant traitement chez les femmes porteuses d'un épithélioma épidermoïde.

4° LES AUTRES ELEMENTS :

- L'âge au premier symptôme.
- Le premier symptôme.
- Le délai entre le premier symptôme et la première consultation.
- Les examens paracliniques :

- Hystérographie;
 - Examens urologiques;
 - Lymphographie;
- n'ont pas de signification pronostique particulière.

B) EVOLUTION DES CANCERS DU COL STADE II

Le devenir des malades porteuses d'un cancer du col Stade II, traité et suivi est intéressant à étudier car la littérature internationale concernant l'histoire naturelle de ces cancers est dans l'ensemble assez pauvre.

Globalement, sur nos 465 malades, nous avons enregistré :

- 293 survies à 5 ans, soit 63 %.
- 209 décès entre 1950 et 1961.
- Enfin une dizaine de malades ont été perdues de vue au delà de la 5^e année.

a) Avant le cap de la 5^e année :

- 172 malades sont décédées :
 - 89 du fait de la survenue d'une récidive locale;
 - 28 par l'apparition de métastases;
 - 43 décès sont probablement dûs à l'évolution du cancer, mais sans qu'aucune récidive ait pu être formellement prouvée;
 - 12 décès enfin, sont en rapport avec une affection intercurrente.

b) Après le cap de la 5^e année :

- 37 malades sont décédées :
 - 20 du fait de leur cancer;
 - 10 sans que l'évolution du cancer ait pu être formellement prouvée;
 - 7 d'une affection intercurrente.

Au total pour cette période de 11 ans, 410 malades ont été retenues pour la suite de notre étude dans laquelle nous envisagerons les causes de mortalité les plus fréquentes selon la classification suivante :

1^o Récidives locales :

- Récidives cervicales, vaginales ou cervico-vaginales;
- Récidives pelviennes;

- Récidives cervicales, vaginales ou cervico-vaginales et pelviennes associées.

2^o Les métastases :

- Soit métastases à distance situées hors du petit bassin et de la sphère génito-urinaire;
- Soit métastases loco-régionales : vaginales basses, sous-uréthrales, vulvaires, ganglionnaires, rétro-crurales ou inguinales.

Nous n'ignorons pas que cette classification est arbitraire et bien entendu sujette à caution.

1^o RECIDIVES LOCALES :

a) Récidives cervicales, vaginales ou cervico-vaginales :

Ce sont les récidives à point de départ cervical ou vaginal (2/3 supérieurs du vagin seulement) ou simultanément cervico-vaginal (dôme vaginal). Nous définissons la récidive vaginale pure comme une récidive strictement limitée à la paroi du vagin, c'est-à-dire n'intéressant ni les cloisons recto- et vésico-vaginales ni les paramètres. En effet, l'association d'une lésion vaginale à une infiltration de voisinage ne permet pas de dire si la lésion première se situe au niveau du vagin ou s'il y a concurrence de deux récidives distinctes. Aussi avons-nous groupé dans une seule rubrique ces récidives à la fois vaginales et pelviennes.

Enfin nous considérons comme des métastases les lésions vaginales basses intéressant le 1/3 inférieur du vagin et aussi les lésions sous-uréthrales et vulvaires.

Le diagnostic de ces récidives est facile, car elles sont accessibles à l'examen direct; et, à ce propos, nous insistons sur l'utilité des frottis vaginaux réguliers dans la surveillance des malades traités pour cancer du col.

Le dépistage précoce repose donc sur les frottis vaginaux répétés et le diagnostic de certitude sur les biopsies systématiquement pratiquées en présence d'une lésion aussi minime soit-elle, et au moindre doute lorsque la cytologie est douteuse ou d'interprétation difficile.

La fréquence de ces récidives est peu importante; sur 410 malades nous en avons observé 13 au cours des 5 premières années qui ont suivi le traitement, soit, environ, 3 %.

Cette proportion est voisine de celle observée par DARGENT en 1966, qui est de 3,4 %.

Après la 5^e année nous avons relevé 4 récidives de ce type.

Ces 17 lésions se répartissent comme suit :

- 10 sont strictement vaginales;
- 4 sont strictement cervicales;
- 3 sont cervico-vaginales.

Le traitement a été varié malgré le nombre limité de cas.

CURIETHÉRAPIE :

- endocavitaire (9 cas);
- curiepuncture (1 cas).

COBALTHÉRAPIE :

4 cas pour des lésions volumineuses et infiltrantes;

2 récidives cervicales ont été traitées par l'hystérectomie totale simple; dans ces deux cas est apparue, respectivement, 1 an et 5 mois plus tard, une récidive sur la cicatrice vaginale;

2 malades n'ont pu être traitées en raison de décès prématuré.

Quoi qu'il en soit, une reprise évolutive est toujours possible et pourra justifier un traitement plus agressif (exentération totale : 1 cas); ainsi que la survenue de métastases tardives (2 cas).

Le pronostic d'ensemble de ces récidives n'est pas catastrophique si l'on considère les résultats obtenus sur 17 malades, 9 ont survécu (5 avec 3 ans, et 4 avec 5 ans de recul).

b) Les récidives pelviennes :

Nous groupons dans cette rubrique tous les cas où existait une infiltration des espaces cellulaires du petit bassin lorsque la récidive a été affirmée.

Le diagnostic est rendu plus délicat du fait de la difficulté qu'on a de faire la part de la sclérose pelvienne post-radique et de l'infiltration néoplasique; d'autant plus que ces deux processus peuvent fort bien être associés.

Aux diverses méthodes préconisées : test thérapeutique à la prednisolone (WENNEMAN et HUTTER), ponction-biopsie par voie vaginale (KRA-

TOCHWILL et SCHULLER), nous préférons, quant à nous, tenir compte essentiellement du facteur temps chaque fois que le doute est permis.

La malade est soumise à des examens pratiqués à intervalles réguliers et rapprochés après un traitement d'épreuve associant : antibiotiques, désinfiltrants, cortisone, et la constatation d'une modification en plus d'un examen à l'autre, vient lever le doute et confirmer l'impression première.

Au cours de l'évolution, ces récidives pelviennes s'accompagnent d'une symptomatologie assez riche dominée, surtout, par des signes de compressions :

— *Compression veineuse* avec œdème unilatéral, facile à différencier, lorsque le doute est permis, d'une phlébo-thrombose grâce à un court traitement d'épreuve.

— *Compression nerveuse* avec douleurs plus ou moins intenses, surtout dans le territoire du sciatique, rarement dans celui de l'obturateur.

— *Compression urétérale* souvent latente, sans parallélisme anatomo-clinique entre l'importance de la récidive pelvienne et la survenue des premières manifestations urinaires : douleurs lombaires plus ou moins prononcées du côté de la récidive, diminution progressive de la diurèse, voire même, anuries d'apparition plus ou moins brutale nécessitant un geste chirurgical d'urgence. L'intervention la plus efficace et la moins choquante est incontestablement l'urétérostomie cutanée unie ou bilatérale.

Les examens complémentaires pratiqués systématiquement vont permettre d'objectiver ces complications :

— La cystoscopie qui montrera, soit une morphologie vésicale normale, soit un œdème ou un soulèvement du trigone, soit même parfois, un véritable envahissement vésical qui risquait de passer inaperçu derrière le syndrome urétéral.

A ce propos JOMAIN insistait sur le problème quasi insoluble que pose l'apparition secondaire d'une récidive vésicale : s'agit-il d'une récidive vraie ou d'une authentique tumeur vésicale évoluant pour son propre compte ? Dans un cas comme dans l'autre il s'agit d'un épithélioma paramalpighien où même l'histopathologie ne peut trancher.

— La chromocystoscopie oriente davantage le diagnostic en révélant une diminution, voire même l'absence d'éjaculation urétérale du côté de la récidive pelvienne.

— L'U.I.V., lorsque l'azotémie le permet, ou même sous perfusion viendra confirmer le diagnostic et, surtout, précisera l'importance des lésions : utéro-hydronephrose unilatérale ou au maximum multiété rénale; et c'est alors l'U.P.R. qui montrera l'existence d'une sténose du bas uretère avec ses multiples éventualités étiologiques : simple compression par la sclérose cicatricielle post-radiothérapie ou sein du paramètre, compression par la cellulite cancéreuse, voire même envahissement de l'uretère lui-même; en fait, dans la majorité des cas il s'agit d'une compression néoplasique. Dans les cas rares où un doute persiste une surveillance clinique, radiologique et biologique peut apporter des arguments en faveur de telle ou telle étiologie.

De toutes façons si une intervention de dérivation est nécessaire il ne faut pas hésiter à pratiquer une laparatomie exploratrice qui viendra confirmer ou infirmer la récidive pelvienne grâce à des prélèvements biopsiques et évitera, lorsque ce sera le cas, le danger d'une irradiation inutile sur une sclérose post-radiothérapique ou cicatricielle.

La fréquence de ces récidives est assez appréciable; sur nos 410 malades suivies et traitées au moins 5 ans, nous avons observé 49 récidives pelviennes au cours des cinq premières années qui ont suivi le traitement initial, soit 12 %, et 8 après 5 ans.

Les localisations de ces récidives sont :

- les paramètres, 51 cas;
- la vessie par contiguïté, 4 cas;
- l'uretère, 1 cas;
- les ligaments utéro-sacrés, 2 cas;
- le rectum, 2 cas;
- le sacrum, 2 cas;
- récidive pelvienne massive, « Pelvis gelé » des Anglo-saxons, 4 cas;
- récidive pelvienne avec fistule vésico-rectale survenue 4 ans après curiethérapie et colpohystérolipadénectomie et confirmée par laparatomie exploratrice, 1 cas.

Incidence du traitement initial : Il semble que la fréquence des récidives pelviennes soit nettement supérieure lorsque le traitement initial a été l'association radium-radiothérapie. Sans doute doit-on mettre cette différence sur le compte de la stérilisation imparfaite réalisée par le 200 KV qui, utilisé au début pour certaines de nos malades, ne per-

mettait pas de délivrer des doses aussi importantes que cobaltthérapie.

Le pronostic de ces récidives est très grave, le traitement appliqué est souvent palliatif (uréterostomie, 2 cas; voire néphrostomie, 3 cas). Quelques-unes

TABLEAU

Traitemen	Nbre de cas	Pourcentage
Ra - Rx	37/216	17
Ra - Co	8/131	6
Ra + Chir. éargie	4/42	9,5

fois sont réalisées les conditions d'une exenteration totale ou partielle, aussi a-t-on constaté :

- 5 survies à 2 ans;
- 2 survies à 3 ans;
- 2 survies à 5 ans.

c) *Récidives vaginales et pelviennes :*

Ce groupe concerne les malades qui ont présenté en même temps une récidive cervicale ou vaginale et une récidive pelvienne. Cette dernière varie dans ces localisations; tantôt c'est une atteinte de la cloison recto-vaginale, tantôt vésico-vaginale, tantôt les deux à la fois. Elle va de la simple infiltration de l'espace celluleux interviscéral à la véritable fistule recto-vaginale ou vésico-vaginale. Les paramètres sont parfois seuls intéressés, et leur atteinte peut se propager à la vessie et au rectum.

Le diagnostic de ces lésions est aisé et fortement orienté par l'histologie de la récidive vaginale.

Le pronostic est franchement mauvais; pour les 29 malades entrant dans ce cadre on a noté :

- 11 survies à 1 an;
- 5 survies à 2 ans;
- 1 survie à 3 ans.
- Aucune à 4 ans.

2^e METASTASES :

a) *Méタstases loco-régionales :*

Sous ce titre nous groupons :

- Les lésions secondaires ou tardives de la partie basse du vagin, de la région sous-uréthrale-

(5 cas dont 3 associés à une récidive pelvienne et 2 cas isolés), et de la vulve (2 cas associés à une récidive pelvienne et 4 cas isolés).

— Les adénopathies rétro-crurales et inguinales de diagnostic facile qui se voient isolées ou associées à des récidives (8 cas).

Le pronostic est franchement mauvais; la survie n'a pas dépassé 1 an.

b) *Méタstases à distance :*

Nous mettrons à part une métastase ovarienne inextirpable survenue 7 ans après Ra et RX; et une transformation sarcomateuse d'un utérus fibromateux irradié dix ans auparavant pour épithélioma épidermoïde du col.

Le diagnostic est porté par l'examen clinique et les examens complémentaires, tout en sachant qu'il est très difficile parfois d'affirmer une métastase à distance et d'éliminer un autre cancer évoluant pour son propre compte.

La fréquence : 49 de nos malades ont vu l'évolution de leur cancer perturbée par la survenue d'une métastase :

- métastase isolée, 28 cas;
- métastase associée à une récidive locale, 2 cas.

Et chez 13 malades ces métastases étaient multiples.

Répartition :

- Métaстases osseuses, les plus fréquentes, 16 cas :
 - vertèbres, 8 cas;
 - os longs 4 cas;
 - bassin, 2 cas;
 - côtes, 2 cas;
- Métaстases pleuro-pulmonaires, 14 cas;
- Métaстases intestinales, 13 cas;
- Métaстases ganglionnaires, 10 cas;
- Métaстases hépatiques, 1 cas;
- Métaстases cutanées et sous-cutanées, 3 cas.

Le pronostic est catastrophique : 4 malades seulement ont survécu un an, aucune survie n'a été retrouvée 3 ans. Il est à noter que ces métastases sont survenues pendant les 5 premières années qui

ont suivi le traitement (39 cas sur 49); 10 malades, seulement, ont vu des métastases survenir après la 5^e année.

CONCLUSION

Cette étude nous permet de dire que :

La survie du cancer du col Stade II est de 63 % et que parmi les critères de pronostic, 3 seulement, ont une valeur certaine :

- l'extension locale;
- le volume apparent de la lésion cervicale;
- le type histologique de la lésion, tout au moins en ce qui concerne les épithéliomas épidermoïdes qui sont d'autant plus graves que plus différenciés.

— *Du point de vue évolutif* : les récidives locales et les métastases surviennent presque toujours au cours des 5 premières années. Mais une malade ayant passé ce cap n'est pas forcément guérie; et, il n'est pas exceptionnel, de voir apparaître la récidive cu la métastase sans parler d'un nouveau cancer évoluant pour son propre compte après le cap des 5 ans; c'est dire l'importance d'une surveillance prolongée pendant 10 à 15 ans.

— *L'apparition d'une récidive locale* : n'implique pas forcément une issue fatale.

RESUME

A propos d'une étude portant sur 465 malades atteints de cancer du col utérin au Stade II, traitées à l'Institut Gustave-Roussy, et suivies 5 ans et plus, les auteurs ont analysé les éléments du pronostic parmi lesquels trois ont une valeur certaine :

- l'extension locale;
- le volume tumoral;
- la forme histologique tout au moins en ce qui concerne les cancers épidermoïdes.

Sur ces 465 malades, ils ont noté que 293 ont survécu 5 ans ou plus, soit 63 %. Les métastases et les récidives surviennent en grande majorité dans les 5 premières années, mais elles peuvent aussi apparaître plus tardivement, ce qui implique une surveillance prolongée des malades. Les récidives sont parfois justiciables d'un traitement loco-régional, qui peut amener des survies dans certains cas au delà de 5 ans.

Les métastases sont entachées d'un pronostic néfaste.

SUMMARY

About a study concerning 465 cases of carcinoma of the cervix Stade II being treated in the Gustave-Roussy Institut and followed five years and more, the authors analysed the prognosis's elements among what three have a certain value :

- The local extension;
- The tumour's volume;
- The histological shape concerning epidermoidal carcinoma.

Out of the 465 cases studied, it was noted that 293 of the patients survived five years or more (63 %).

For the most part, recurrences and metastases occure during the early part of the five years, but may occure at a latter period which there necessitates an extended super-vision of patients.

In the case of recurrences, loco-regional treatment is often practicided, which extends the survival period in some cases.

The prognosis of the metastases is often hopeless.

KURZBERICHT

An Hand von 465 Patienten mit ulzerösem Kolumnkrebs, stade 2, welche im Institut Gustave-Roussy behandelt und 5 Jahre und laenger beobachtet wurden, haben die Autoren die verschiedenen Prognoseelemente abgeschaetzt. Drei Elemente haben einen sicheren Wert :

- Die lokale Ausbreitung des tumors;
- Das Volumen des tumors;
- Die histologische Form des epidermoid carcinoms.

293 der 465 Kranken waren 5 Jayre und laenger ueberlebend : 63 %.

Metastases und Rezidiven erscheinen meistens während der 5 ersten jahre, können aber auch später auftreten, was eine langjährige beobachtungszeit ernötigt.

Frauen mit Rezidiven können, in manchen Fällen, durch lokal-regionale Behandlung eine über 5 jahre Lebensdauer erreichen. Metastasen hingen haben schlechtere prognose.

Travail de l'Institut Gustave-Roussy
(Villejuif, France).

BIBLIOGRAPHIE

- BOTELLA-LLUSIA J. — L'action de la radiothérapie profonde sur les métastases ganglionnaires du cancer du col utérin. *Gynéc. et Obstet.*, 1964, **63**, n° 1, 5-12.
- BRUNSCHWIG A., DANIEL W.W. — The surgery of pelvie lymph-node métastases from carcinoma of the cervix. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1962, **83**, 389.
- DARGENT D. — Etudes des éléments du pronostic du cancer invasif du col utérin dit « opérable ». Thèse. Lyon, 1966.
- DENOIX P., GLUCKSMANN A. — Colloque sur les éléments de pronostic des tumeurs malignes du col utérin (I.G.R.). *Bull. Cancer*, 1963, **50**, n° 4, 469-541.
- FEARL C.L. — Causes of the death in cancer of the uterine cervix. Study of 96 cases. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1963, **86**, 672.
- FLETCHER G.H., RUTLEDGE F.N. — Policies of treatment in cancer of the cervix uteri. *Amer. J. Roentgenol.*, 1962, **87**, n° 1, 6-21.
- GRAHAM J. — Cancer of uterine cervix. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1964, **89**, 421.
- GRAHAM R.M. — Cytologic prognosis in cancer of the cervix. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1960, **79**, 200.
- GRICOUROFF G. — Les métastases des cancers de l'utérus. *Gynéc. et Obstet.* 1942, **42**, 141.
- HEROVICI C. — La signification pronostique d'un aspect histologique particulier. La clôture conjonctive péri-tumorale dans les cancers cervico-utérins (étude de 126 cas suivis pendant huit années). *Rev. franç. Etud. clin. biol.*, 1963, **8**, 59-62.
- HOLZAEPPFEL J.A., EZELL H.E. — Sites of metastases of uterine carcinoma. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1955, **69**, 1027.
- INSTITUT GUSTAVE ROUSSY. — Carcinologie. Paris, Flammarion, 1962.
- JOMAIN J. — Valeur pronostique des examens urologiques systématiques chez les malades présentant un cancer du col utérin. *Bull. cancer*, 1963, **50**, n° 4, 507-512.
- JOMAIN J. — Complications urinaires dans le cancer du col utérin. *Gynéc. et Obstet.*, 1962, **61**, n° 4 bis, 609-616.
- KOSTIC P., MLADENIVIC D. — Les métastases des glandes lymphatiques du petit bassin dans le cancer du col de l'utérus. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstet. franç.*, 1961, **1A**, n° 4 bis, 601-603.
- KOTTMEIER H.L. — Carcinoma of the cervix with spécial regard to the présentation of therapeutic results and to the treatment of stage II and III. Symposium de cancer del utero, U.I.C.C., 1964. *Rev. Inst. nac. Cancer (mex.)*, 1964, n° 16, 413-418.
- KRATOCHWILL A., SCHLLER C. — Objektive Nachweis von Beckenwandrezidiven nach Kollumkarzinom. *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, 1962, **22**, 1913.
- LACOUR J., MOURALI N., MICHEL G. — Eléments du pronostic du cancer, du col stade II, *Rev. Franç. Gynec.* 1968, **63-4**, 151-158.
- LALANNE C.M. — Les radiations de haute énergie dans le traitement du cancer du col utérin. Symposium de cancer del utero, U.I.C.C., 1964. *Rev. Inst. nac. Cancer (Mex.)*, n° 16, 419-424.
- MICHEL G. — Considération pronostique et thérapeutiques sur le cancer du col de l'utérus au stade II. Thèse, Paris, 1967.
- MEDINA J., SALVATORE C.A. — Fréquence des métastases du cancer du col utérin aux stades I et II. *An. bras. Ginec.*, 1959, **47**, n° 6, 305-318.
- MATHIEU J., HAOUR P., Mme LOUSTALOR. — Les frottis vaginaux dans la surveillance des cancers utérins après traitement; leur valeur dans l'établissement du pronostic. *Lyon chir.* 1955, **50**, 693.
- MICHEL G., MOURALI N., LACOUR J. — Récidives et métastases après traitement du cancer du col au stade II. A propos d'une série de 465 malades traitées à l'Institut Gustave Roussy; *Rev. Franç. Gynec.* 1968, **63-4**, 159-167.
- PUJOL H., LAMARQUE J.L. — Ilio-cavographie et lymphographie dans la recherche des adénopathies rétro-péritonéales. Paris, Masson, 1964.
- REUNION CES CHEFS DE CENTRES ANTI-CANCEREUX. — *Bull. Ass. Franç. Cancer* 1948, **35**, 130.
- RUBIN F. — Cancer du col, stade II. *J. Amer. med. Ass.*, 1965, **193**, n° 10, 822.
- WENNEMANN J., HUTER K.A. — Zur Differentialdiagnose zwischen parametranen entzündung beim strahlenfibrose und parametranen Rezidiv im Gefolge von Kollumkarzinomen mit Hilfe der Glukokortikoide. *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, 1960, **20**, 925.
- WOLFF J.P. — Eléments du pronostic du cancer du col utérin. *C.R. Soc. Franç. Gynec.*, 1964, **34**, 9.
- WOLFF J.P., ROUQUETTE C., DANON J. — Valeur de l'extention clinique dans le pronostic du cancer du col. *Bull. Ass. Franç. Cancer*, 1963, **50**, 481.



51, Av. Charles NICOLLE
El-Menzah
TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

CHLORAMPHENICOL B 12

- Comprimés dragifiés
- Poudre aromatisée

COMPOSITION

Comprimés

Chloramphénicol	0,250 gr
Vitamine B12	100 mcg
Excipient Q.s.p.	1 comprimé

Poudre

Chloramphénicol palmitate	13 g
Vitamine B12	0,003 g
Excipient aromatisé Q.s.p.	100 g

PROPRIETES

- L'association du chloramphénicol et de la vitamine B12 assure
- Une protection contre les effets secondaires gastro-intestinaux et cutanés-muqueux
- Une stimulation des défenses de l'organisme

INDICATIONS

- Infections générales, infections méningées
- Infections de l'appareil digestif respiratoire et urinaire
- Maladies à virus

POSOLOGIE

Suivant la prescription médicale :

Dragées : 4 à 12 comprimés par jour.

Poudre aromatisée orale.

Enfants (moins de 15 ans) 50 mg de chloramphénicol palmitate par kg de poids et par jour.

Nourrissons (moins de 30 mois) : 50 à 100 mg de chloramphénicol palmitate par kg de poids et par jour.

N. B. — 3 cuillères-mesure correspondent à environ 253 mg de chloramphénicol palmitate.

Répartir en 3 à 4 prises régulièrement espacées.

PRESENTATIONS

Flacon de 12 comprimés dragifiés.

Flacon de 20 g de poudre aromatisée orale

TABLEAU «C»



51, Av. Charles NICOLLE
El-Menzah
TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

NEOFUNGINE

Composition

Triamcinolone Acétonide	0,010 g.
Néomycine	0,025 g.
Nystatine	1.000.000 u.
Excipient q.s.p.	10 gr.

Propriétés

Anti-inflammatoire par l'Acétonide de Triamcinolone.
Anti-microbien par la Néomycine.
Anti-fongique par la Nystatine.

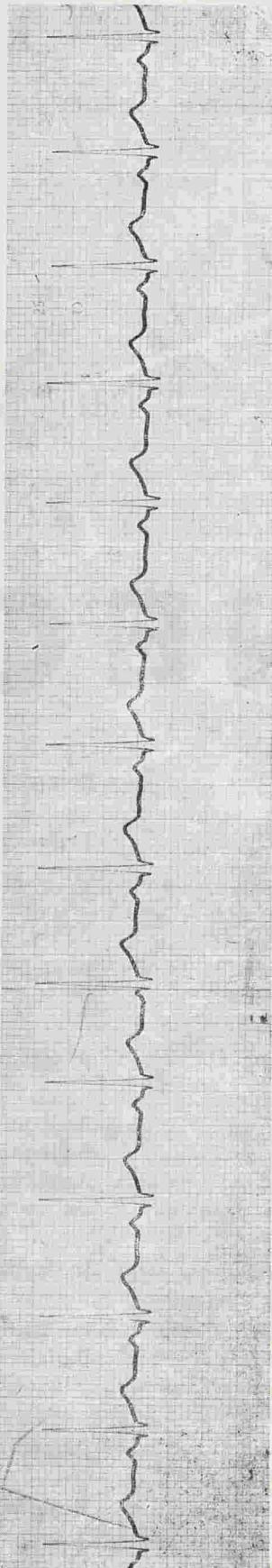
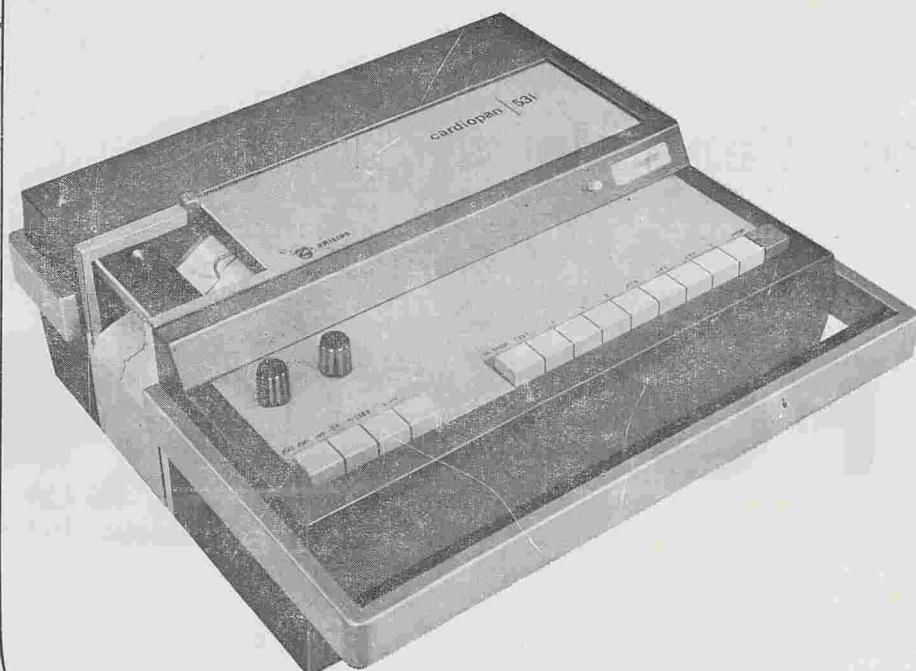
Indications

Dermites eczématiformes — Pyodermites — Déshydrose
Prurits ano-génitaux.

Présentation

Tube de 10 g.

Cardiopan 531 Massiot Philips



Nouvel électro-cardiographe portatif.
De présentation sobre et élégante,
entièrement transistorisé
il fonctionne sur batterie rechargeable.
Sans terre ni cordon secteur
Autonomie 3 heures
Enregistrement sur
papier thermo sensible.

Deux vitesses : 25 et 50 mm/s
Deux sensibilités : 10 et 5 mm/mV.
Un filtre pour les tremblements
musculaires,
les dérivations d'Einthoven,
de Goldberger et de Wilson.

Le Cardiopan 531 MASSIOT-PHILIPS
est un appareil fidèle et robuste,
livré avec housse de protection
comportant une poche à accessoires.
Le Cardiopan 531 est idéal
pour le service hors du cabinet.

société anonyme

MASSIOT PHILIPS

matériel médical

ROUTE DE BEZONS
78 CARRIERES-SUR-SEINE (YVELINES)
TÉLÉPHONE 968 40 00

MASSIOT PHILIPS TUNISIE
15 RUE DU 18 JANVIER 1952
TUNIS

Indications thérapeutiques du Cancer du sein pendant la Grossesse

par N. MOURALI, J. WEILER, F. TABBANE, G. MICHEL, J. LACOUR

La survenue d'un cancer du sein au cours ou au décours de la grossesse est généralement entachée d'un pronostic néfaste. En réalité, le problème est complexe et le pronostic fonction de situations diverses, souvent très délicates car elles mettent en cause l'avenir de la mère comme celui de l'enfant et ceci de façon parfois contradictoire.

Dans un travail publié en 1967, portant sur 62 cas, nous avons exposé ces problèmes. Notre propos ici est surtout de préciser les indications thérapeutiques du cancer du sein survenant pendant grossesse et d'essayer de délimiter la place qui doit revenir à l'avortement. Cette codification est difficile si l'on pense à la rareté de l'association morbide et surtout aux facteurs extra-médicaux qui viennent souvent grever la décision du médecin.

REPARTITION DES MALADES

Nous classerons nos malades en 3 groupes :

GROUPE I. — (45 cas) : Malades porteuses d'un cancer du sein contemporains d'une grossesse. Ce groupe du fait de la complexité des situations qu'il réunit, pose les problèmes les plus aigus.

GROUPE II. — (5 cas) : Malades traitées antérieurement pour cancer du sein et développant secondairement une grossesse dans les mois ou les années qui suivent.

GROUPE III. — (12 cas) : Malades dont on découvre le cancer pendant la lactation ou le sevrage.

Fréquence : La fréquence d'une telle association est relativement faible. Elle représente 1,5 % de nos malades, soit 62 pour 4.000 cancers du sein traités et suivis entre 1949 et 1959.

Pour WHITE, elle se situerait entre 1 et 2,8 %. HARINGTON n'a trouvé que 92 cas dans les archives de la Mayo Clinic et VERA PETERS colligeant les statistiques de 6 hôpitaux canadiens n'a pu réunir que 102 cas.

L'âge moyen de nos malades est de 36 ans, les extrêmes se situant entre 23 et 47 ans.

Malades du Groupe I :

L'extension clinique des 45 malades classées dans le groupe I est exprimée en fonction de la classification TNM et représentée dans le tableau I.

L'Adénopathie	La Tumeur					Total
	T1	T2	T3	T4	Indemnité	
N 0	3	1	1 (1 PEV 1)	0		
N 1	1	9 (3 PEV 1)	2 (1 PEV 1)	0		2
N 2	0	2 (1 PEV 2)	5 (2 PEV 2)			
N 3		1	1 (1 PEV 2)	5		
Indéterminé		1		2 (2 PEV 3)	9	
Total	4	14	9	7	11	45

TABLEAU I. — Répartition selon la classification TNM des malades chez lesquelles la grossesse et le cancer du sein sont contemporains.

9 malades n'ont pu être classées car elles ont subi un traitement chirurgical antérieur à leur admission à l'INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY, et 3 étaient déjà porteuses de métastases au premier examen.

Enfin, 11 malades incluses dans ce tableau se trouvaient en phase évolutive, autrement dit, en période de déséquilibre grave des relations hôte-tumeur. On distingue 3 degrés dans la poussée évolutive :

PEV 1 : Formes mineures dont le seul caractère distinctif est l'augmentation récente et franche de volume sans signes inflammatoires cliniques.

PEV 2 : Formes aigües ou subaigües, pseudo-inflammatoires mais n'intéressant qu'une partie de la glande. L'œdème péri et pré-tumoral déborde souvent la tumeur.

PEV 3 : Cancers aigües, massifs, envahissant tout le sein, pseudo-inflammatoires. La mastite aigüe carcinomateuse en constitue l'aspect le plus typique.

Selon ce schéma, nos malades se répartissaient en :

- PEV 1 : 5 cas
- PEV 2 : 4 cas
- PEV 3 : 2 cas

Les traitements effectués pour nos patientes avant 1957, ne répondaient à aucun protocole bien défini, ils sont donc variés :

- 4 Halsted;
- 25 Halsted + radiothérapie;
- 10 radiothérapie seule;
- 1 curiepuncture (sillon sous mammaire);
- 2 abstention délibérée : métastases;
- 3 malades venues pour avis seulement

A signaler dans cette série, 7 avortements thérapeutiques pratiqués chez les malades de 30 à 37 ans. Il y eut aussi 6 avortements spontanés et deux morts néo-natales par hémorragie méningée. Les autres patientes ont accouché normalement et l'on n'a aucun renseignement sur le devenir de leurs enfants.

La survie : Globalement a été de 30 % à 5 ans.

Les critères classiques : Extention ganglionnaire et poussée évolutive y ont joué un rôle important sauf lorsque si l'intervalle entre l'apparition des métastases et l'apparition des symptômes

— Extention ganglionnaire :

N— (ganglions indemnes) 8 survies pour 10 malades.

N+ (ganglions envahis) 6 survies pour 25 malades.

Le pronostic des N— est assez favorable : 80 %, alors que pour les N+, il est très mauvais (24 %). Si l'on considère qu'en dehors de la grossesse la survie de ces malades est de l'ordre de 64 %. Cette impression est partagée par tous les auteurs.

Les poussées évolutives sont particulièrement fréquentes pendant la grossesse et ont eu des survies très courtes, que nous représentons dans le tableau II.

	Survie maximum en mois	Survie minimum en mois
P.E.V. I 5 cas	48	15
P.E.V. II 4 cas	31	9
P.E.V. III 2 cas	14	1

TABLEAU II. — Durée de survie des formes en phase évolutive survenues au cours d'une grossesse.

Rappelons qu'en dehors de la grossesse, la survie moyenne est :

- PEV 1 13 % à 5 ans;
- PEV 2 3 % à 5 ans;
- PEV 3 0 % à 5 ans.

L'avortement thérapeutiques n'a apporté aucun bénéfice évident à nos malades trop peu nombreuses et choisies, il est vrai en dehors de toute indication rigoureuse.

C'est d'ailleurs aussi ce qui ressort des divers autres travaux que nous avons consultés.

DISCUSSION

Au terme de cette brève étude, un certain nombre de faits sont à souligner :

a) La coexistence avec une grossesse aggrave indispensible un cancer du sein.

b) Cette aggravation semble liée à la plus grande proportion de formes évolutives. Celles-ci peuvent parfois retarder le diagnostic du fait des

modifications mammaires, voire même être confondues avec des abcès, et amener à des incisions intempestives.

c) L'enveloppement ganglionnaire est un autre facteur de gravité très important.

d) L'interruption de la grossesse, nous l'avons vu, n'apporte aucun bénéfice évident. Il faut cependant se garder de toute conclusion hâtive, la rareté de l'association morbide diminue, en effet, la portée des travaux qui lui ont été consacrés. Certes, WHITE a pu rassembler 1.425 cas, mais il s'agit là d'une juxtaposition de plusieurs statistiques, ne permettant pas de conclure de façon absolue. Mais sa conclusion rejoint la nôtre lorsqu'il souligne la valeur modeste de l'avortement dans le traitement du cancer du sein. HARINGTON, quant à lui, le rejette formellement; il est vrai que ses malades relevaient, toutes, de la chirurgie. ROSEMOND, est plus catégorique et reste convaincu que l'interruption de la grossesse ne modifie en rien le cours d'une évolution inexorable et qu'elle ne peut être discutée qu'en fonction de facteurs humains, religieux et sociaux.

Un Forum organisé en 1964, pour le « Journal of International Federation of gynecologie and obstetric » a résumé l'avis de cancérologues de pays différents sur le sujet qui nous préoccupe. Les positions ont été très diverses, allant du sujet systématique de l'avortement (UZANDIZAGA — Espagne) à son usage systématique (TURUNEN — Norvège). Mais les auteurs Anglo-Saxons ont été plus nuancés dans leurs indications. DAVIS rejette l'avortement, car ses malades relèvent d'un traitement chirurgical, MAC WIRTHER aussi, quoiqu'il associe les radiations à la chirurgie. TAYLOR et SEGALOFF, après avoir envisagé la possibilité de l'interruption de la grossesse l'ont abandonnée, car ils pensent qu'elle n'assure pas la guérison et ne prolonge aucunement la survie. KASDON, plus électique, l'admet lorsqu'il se trouve en présence d'un cancer évolutif.

Cette rapide revue de la littérature mondiale nous montre que l'avortement, au moins sur le plan strictement médical, ne peut être proposé comme moyen thérapeutique sûr.

Nous persons, quant à nous, qu'il ne doit pas être rejeté systématiquement et qu'il devrait être envisagé en fonction des modalités du traitement du cancer, lorsque celles-ci viennent à constituer un danger pour le fœtus.

La chirurgie de l'avis général, n'est pas réputée dangereuse. Lorsque le protocole thérapeutique d'un cancer du sein ne comporte que l'acte chirurgical, il s'adresse à des formes stables et peu étendues. Le traitement peut être alors pratiqué avec les précautions habituelles de l'anesthésie lorsqu'elle s'adresse à une femme enceinte.

L'Irradiation : Les cancers étendus, évolutifs qui relèvent d'une irradiation première vont poser des problèmes plus complexes.

Il semble d'après un rapport présenté devant la Commission de l'Enfance et de la Maternité, du Ministère de la Santé Publique et de la Population, à la séance du 29 juin 1962, qu'une dose de 20 rads au cours des premiers mois et de 50 rads lors des derniers mois sont dangereuses pour le fœtus. A titre d'exemple, Madame A. DUTREIX, qui dirige le service de radiophysique de l'INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY a bien voulu nous établir un tableau des doses reçues par le fœtus pour des irradiations standard du sein et des aires ganglionnaires, variant de 4 500 à 9.000 rads en fonction de la hauteur utérine (tableau III).

On peut donc dire, que même pour une irradiation minima à 4 500 rads, le risque tératogène existe au cours des premiers mois de la gestation. Et si au cours des derniers mois, ce risque a complètement disparu, un risque leucémogène, non négligeable, persiste aux doses que reçoit le fœtus.

La Chimiothérapie, cytotoxique par définition, doit être proscrite pendant toute la durée de la gestation.

Ces éléments exposés, il nous reste donc à envisager les indications proprement dites du cancer du sein contemporain d'une grossesse. Nous voudrions à ce propos rappeler que l'examen clinique de toute malade se doit d'être complet, et d'établir une fiche signalétique de la tumeur mammaire selon le système T.N.M., qui permettra de la classer dans une catégorie thérapeutique (tableau IV).

Les malades de la catégorie A, sont justiciables essentiellement de la chirurgie. Pour elles donc il n'est pas question d'interrompre la gestation. Selon notre protocole, nous pratiquons une opération de Halsted pour les tumeurs externes N—. Lorsque ces tumeurs s'avèrent N+ à l'examen extemporané des ganglions, ou lorsqu'il s'agit de tumeurs mé-

Distance entre le fœtus et le bas du champ d'irradiation	Dose au fœtus en rads dans le cas d'une dose à la tumeur de :		
	4.500 rads	7.500 rads	9.000 rads
5	180	300	360
10	90	150	180
15	55	90	110
20	30	50	60
25	20	33	40

TABLEAU III. — Doses reçues par le fœtus au cours d'une irradiation sur un champ mammaire de 17 cm. de hauteur.

Catégorie T.N.M.	Taille	Adhérence à la peau	Adhérence au grand pectoral	Adhérence à la paroi	Catégories thérapeutiques
T1	< 2 cm.	0	0	0	
T2	2 à 5 cm.	incomplète	0	0	A + N0, N1, M0
			incomplète	0	A' = idem + poussée évolutive
T3	5 à 10 cm.	complète	complète		B + N0, N1, N2, N3, M0.
T4	> 10 cm.	plus large que la tumeur	complète		ou bien quelque soit N + M0.
T4				+	ou bien quelque soit T et N mais + M +
					C

TABLEAU IV. — Groupement des caractères cliniques.

dianes ou des quadrants internes, l'intervention associera à l'intervention de Halsted un curage mammaire interne.

Le traitement post-opératoire est fonction de l'examen histologique définitif :

Les formes N— seront l'objet de la surveillance habituelle des opérées du sein. On conseillera toutefois dans ce cas une contraception appropriée dans les 2 ou 3 premières années qui suivent le traitement.

Les formes N+ seront surveillées jusqu'à l'accouchement et subiront ensuite une castration radiothérapeutique. Quant à l'irradiation loco-régionale, elle sera fonction de la date du traitement chirurgical, par rapport à l'âge de la grossesse. S'il a été pratiqué près du terme, on pourra discuter l'instauration d'une cobalthérapie, de suivre la malade à intervalles réguliers.

Les malades rangées dans les catégories B et A' (A + PEV), vont poser le problème de l'avortement, car :

— Le traitement est essentiellement la radiothérapie, complétée accessoirement dans les mois qui suivent par une chirurgie limitée (mastectomie simple avec ou sans curage axillaire).

— Des chances de survie certaines existent pour ces malades.

Ces deux éléments devront peser sur la décision du médecin qui devra loin du terme, proposer l'avortement à la femme et au mari, leur laissant bien entendu le choix en dernier ressort.

Près du terme, on pourra selon les cas, attendre l'accouchement s'il est imminent, ou le provoquer médicalement ou chirurgicalement.

Quelle que soit la solution adoptée, les malades de cette catégorie seront castrées dès que la vacuité utérine sera assurée.

Les malades de la catégorie C, posent des problèmes particuliers, car il s'agit, tantôt de cas gravissimes dont la survie paraît devoir être inférieure à la durée de la gestation, autorisant la discussion de l'avortement, tantôt de cas où la viabilité du fœtus paraîtrait ou certaine ou devoir être atteinte avant l'issue fatale, et alors on attendra l'accouchement pour instituer le traitement palliatif projeté surtout s'il risque d'être agressif pour l'enfant.

Considérons maintenant, les problèmes posés par les malades du groupe II : Malades déjà traitées d'un cancer du sein et développant ultérieurement une grossesse.

Dans notre courte série, 3 malades sur 5 ont dépassé le cap de la 5^e année. On peut donc admettre que le risque d'aggravation est relativement faible.

En l'absence de tout signe clinique, témoignant d'une récidive pendant la grossesse, il n'y a pas lieu de s'inquiéter de sa poursuite, moyennant bien entendu une surveillance attentive et régulière.

Si par contre, une manifestation du cancer apparaît, on se trouve placé en fonction des caractères cliniques qu'elle revêt, dans une des situations du groupe I, que nous venons d'envisager.

Les malades du groupe III, ne posent pas de problèmes particuliers. Certains insistent sur sa particulière gravité. DARGENT conseille d'entretenir la sécrétion lactée de façon mécanique, l'enfant étant mis à l'allaitement artificiel.

12 de nos malades se sont trouvées dans cette situation et 5 ont survécu à 5 ans.

CONCLUSION

Nous considérons qu'il existe deux indications possibles d'interruption d'une grossesse contemporaine d'un cancer du sein :

— Les dangers que la thérapeutique fait courir au fœtus.

— La probabilité très grande de voir le décès de la mère survenir avant la viabilité de l'enfant.

En dehors de ces deux situations très limitées qui justifient à notre avis la discussion d'un avortement, il n'existe aucune autre indication, mais c'est à la famille de décider en dernier ressort en faisant entrer en ligne de compte ses convictions religieuses, son désir de maternité, les conditions familiales, sociales, d'accepter ou de refuser l'avortement que le médecin estime justifié.

Le médecin, à notre avis se doit de n'apporter que des arguments strictement médicaux, il doit rester neutre en ce qui concerne les autres données du problème.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUSTIN R.C. Jr. : Carcinoma of the breast associated with pregnancy and lactation. *Obstet. and Gynec.*, **15**, 287-291, 1960.
2. BROOKS B., PROFFIT J.W. : The influence of pregnancy on cancer of the breast. *Surgery*, **25**, 1-11, 1949.
3. BROWN R. : Carcinoma of the breast followed by pregnancy surgery. *48*, 862-868, 1960.
4. BUNKER M.L., PETERS V.M. : Breast cancer associated with pregnancy or lactation. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **85**, 312-321, 1963.
5. BYRD B.F., BAYER D.S. et coll. : Treatment of breast tumors associated with pregnancy and lactation. *Ann. Surg.*, **155**, 940-947, 1962.
6. BYRE, BURCH J.C. : the effect on survival of certain variables in breast cancer. *Ann. Surg.*, **149**, 807-814, 1959.
7. CADE S. : Cancer in pregnancy. *J. Obstet. Gynec. Brit. Cwlth.*, **71**, 314-248, 1964.
8. CHEEK J.H. : survey of current opinions concerning carcinoma of the breast occurring during pregnancy. *Arch. Surg.*, **66**, 664-672, 1953.
9. CLAVEL B. : La place des thérapeutiques endocrinier dans les traitements du cancer du sein. *Rev. Prat.*, **11**, 2773-2783, 1961.
10. DARGENT M. : Cancer du sein et grossesse. Eléments du pronostic. *Bull. Ass. Fr. pour l'étude du cancer*, **49**, 668-687, 1959.
11. GIBSON J.M. Jr. : Breast carcinoma associated with pregnancy or lactation. *Rhode Island Med.*, **40**, 162-165, 1957.
12. HARRINGTON S.W. : Carcinoma of the breast, results of surgical treatment when the carcinoma occurred in the course of pregnancy or lactation and when pregnancy concurred subsequent to operation. *Ann. Surg.*, **106**, 690-700, 1957.
13. HEROLD L. : Pathogenesis of breast carcinoma in pregnancy. *Geburtsh. und Frauenheilk.*, **15**, 1030-1135, 1955.
14. HOLLES A.F., FARROW J.H. : The relation of carcinoma of the breast and pregnancy in 283 patients surg. *Gynec. Obstet.*, **115**, 65-71, 1962.
15. HUGUENIN T., ROUJEAU J. : Cancer du sein et grossesse problèmes cliniques et biologiques. *Sem. Hop. Paris*, **2985-2991**, 1949.
16. Institut Gustave Roussy : *Carcinologie* Flammarion 525-550.
17. LACOUR J., MOURALI N., WEILER J. et DE NOIX P. : Cancer du sein et grossesse. A propos de 62 cas observés à l'Institut Gustave Roussy de 1949 à 1959. *Rev. Praticien* **17-9**, 1231-1237, 1967.
18. LACOUR J. et HOUTOULE F.C. : La place de la chirurgie dans le traitement des formes évolutives du cancer du sein. *Mem. A cad. Chir.* **93**, 635-643, 1967.
19. MC KAY D.J., GARREY M.M. : Pregnancy following carcinoma of the breast. *Lancet*, **7232**, 720-721, 1962.
20. MARSHALL : Report of an eight-years cure of carcinoma of the breast complicating pregnancy. *North Carolina Med.*, **16**, 544-545, 1955.
21. MONTGOMERY T.L. : Detection and disposal of breast cancer in pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **81**, 926-933, 1961.
22. MONTGOMERY T.L. : Breast cancer in pregnancy. *Ca*, **12**, 171-173, 1962.
23. NELSON H.M. : Management of carcinoma of the breast in pregnancy and lactation. *Rocky Mountain Med. J.*, **53**, 287-291, 1956.
24. PERROTIN J. : Cancer du sein et grossesse. *Presse Med.*, **56**, 659-660, 1948.
25. PETERS V. : Carcinoma of breast associated with pregnancy. *Radiology*, **78**, 58-67, 1962.
26. ROSEMOND : Management of patients with carcinoma of the breast in pregnancy. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, **114**, 851-856, 1964.
27. RUCH R. : Low levels of X irradiation and the early mammalian embryo. *Amer. J. Roentgenol.*, **87**, 559, 1962.
28. SEGI : An epidemiological study on cancer in Japan. *Gann*, **48**, 1-63, 1957.
29. TUBIANA M., MAYER, LEJEUNE J., DE GROUCHY J. et RETHORE O. : Données actuelles sur les risques pour l'embryon, le fœtus et l'enfant de la radiologie médicale. *Rev. Hyg. et Med. soc.*, **11**, n° 8, 751-761, 1963.
30. VERNE J., HUGUENIN R., PERROT M. : Relations apparentes entre l'évolution d'un cancer du sein, la grossesse et le post-partum. *Bull. Ass. Franç. Cancer*, **28**, 56-73, 1939.

d'emblée ...

ALPHACHYMOTRYPSINE CHOAY

anti-inflammatoire de prescription quotidienne



INJECTABLE

Boîte 5 flacons (25 u. C. Hb.)

COMPRIMÉS

Boîte 20 comprimés dosés à 25 u. C. Hb.

POMMADE

Tube 20 g 300 u. C. Hb.

S.S. — A.M.G. — P. Cl. 22 — 9 — 8

Traumatologie
Chirurgie générale
Chirurgie plastique et réparatrice
Gynécologie-obstétrique
O.R.L.
Broncho-pneumologie
Gastro-entérologie
Phlébologie
Rhumatologie

PARVILLÉE PA - 22

POSOLOGIE :

Voie intramusculaire (25 à 50 u. C. Hb. par jour).

Voies sublinguale et orale (5 à 8 comprimés par jour).

Voie percutanée (3 à 4 applications quotidiennes).



neutraphylline

diprophylline

dérivé soluble - stable - neutre de la théophylline

angor - spasmes vasculaires - hypertension
asthme - spasmes bronchiques
dyspnée des cardio-rénaux
oliguries - oedèmes
coliques hépatiques

ampoules de 3 ml dosées à 30 cg boîte de 6 p cl 3
1 à 2 par jour par voie i/m ou i/v ou en aérosol

comprimés dosés à 15 cg tube de 30 p cl 2
3 à 6 par jour.

suppositoires adultes dosés à 40 cg boîte de 6 p cl 2

suppositoires enfants dosés à 15 cg boîte de 6 p cl 1
1 à 3 par jour

et ses associations spasmolytiques

neutraphylline - papavérine - phénobarbital

comprimés

tube de 25 p cl 3

15 cg diprophylline 40 cg

4 cg papavérine (chlorhydrate) 8 cg

1 cg phénobarbital 6 cg

pour 1 comprimé

3 à 6 par jour

suppositoires

boîte de 6 p cl 3

40 cg

8 cg

6 cg

pour 1 suppositoire

1 à 3 par jour

neutraphylline - papavérine injectable

ampoules de 3 ml dosées à :

diprophylline 30 cg

papavérine (chlorhydrate) 6 cg

boîte de 6 p cl 5

1 à 3 par jour par voie i/m ou i/v

levet kraemer

laboratoires houdé 9 rue dieu paris 10 tél. bol 57 70

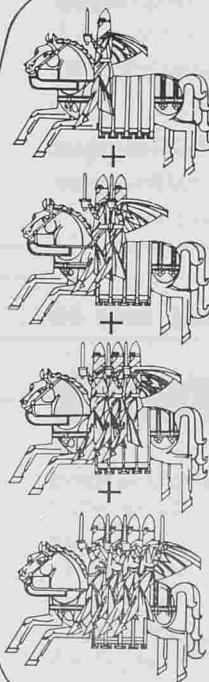
31. VOGT HOERNER G., LALANNE C.M., JURET P., LACOUR J., HOURTOULE F.G., ROUJEAU J., ROUQUETTE C. : Survie à la 5^e année d'une série de 237 Cancers du sein opérés d'emblée. *J. Acad. Chir.* **90**, 653-658, 1964.
32. WESTBERG S.V. : Prognosis of breast cancer for pregnant and nursing woman. Compared with the prognosis for non-pregnant women. *Acta Obstet. Gynec. Scand.*, **25**, suppl. 4, Chap. VI, 179-208, 1946.
33. WHITE T.T. : Prognosis of breast cancer for pregnant and nursing women. *Surg. Gynec. Obstet.*, **100**, 661-666, 1955.
34. WHITE T.T., WHITE W.C. : Breast cancer and pregnancy. Report of 49 cases followed five years. *Ann. Surg.*, **144**, 384-393, 1956.
35. HOWARD C., TAYLOR, SEGALOFF A., MAC WIRTHER, DAVIS EDWARD, USANDIZAGA M., TURUNEN A., KASDOW C. et TOUSEN L. : Should pregnancy be interrupted in a case of carcinoma of the breast = *Journal. Int. Fed. Gynec.*, **2**, 166-174, 1964.

*du rhinopharynx
à l'alvéole.*

Tétrasillex capsules sirop

*libère l'infecté
respiratoire*

4
effets
en
1



antibiotique
fluidifiant
antitussif
eupnétique

Tétrasillex

une posologie simple, celle de la tétracycline

1 ou 2 capsules (250 ou 500 mg de tétracycline)
chez l'adulte.

1 ml de sirop par 5 kg de poids

petites mesures (1 ml) de sirop
chez l'enfant jusqu'à 1 an.

1 grande mesure (2 ml) de sirop
chez l'enfant de 1 an à 8 ans.

2 cuillers à café (5 ml) de sirop
chez l'enfant au-delà de 8 ans.

4
fois
par
jour

Eviter les surdosages en sirop chez les sujets atteints d'affections rénales ou hépatiques.

COMPOSITION — Pour une capsule : Tétracycline 250 mg, Glycérylgaïacol 50 mg, Codeïne 7,5 mg, Nébulisat de drosera 10 mg, Poudre de lobélie 25 mg - Pour 100 ml de sirop : Tétracycline 2,5 g, Benzoate de sodium 1,25 g, sulfogaiacol 1,25 g, Sirop de tolu 85,875 g, Teinture de drosera 0,937 g, Teinture de lobélie 0,675 g.

INDICATIONS — Affections des voies respiratoires et de la sphère O.R.L. Bronchites aiguës et chroniques, pneumopathies ; Rhino-pharyngites, rhino-trachéo-bronchites ; Angines, adénoïdites, amygdalites, laryngites, trachéites, otites, sinusites ; Asthme, broncho-emphysème, dilatation des bronches • Complications respiratoires des maladies infectieuses, en particulier de la grippe • Complications infectieuses des interventions chirurgicales portant sur l'arbre respiratoire et la sphère O.R.L.

PRÉSENTATION — Capsules : boîte de 16, P. Cl. 16 - Sirop : flacon de 125 ml, P. Cl. 13 - flacon de 60 ml P. Cl. 7 - S.S. - Art. 115 - AMG

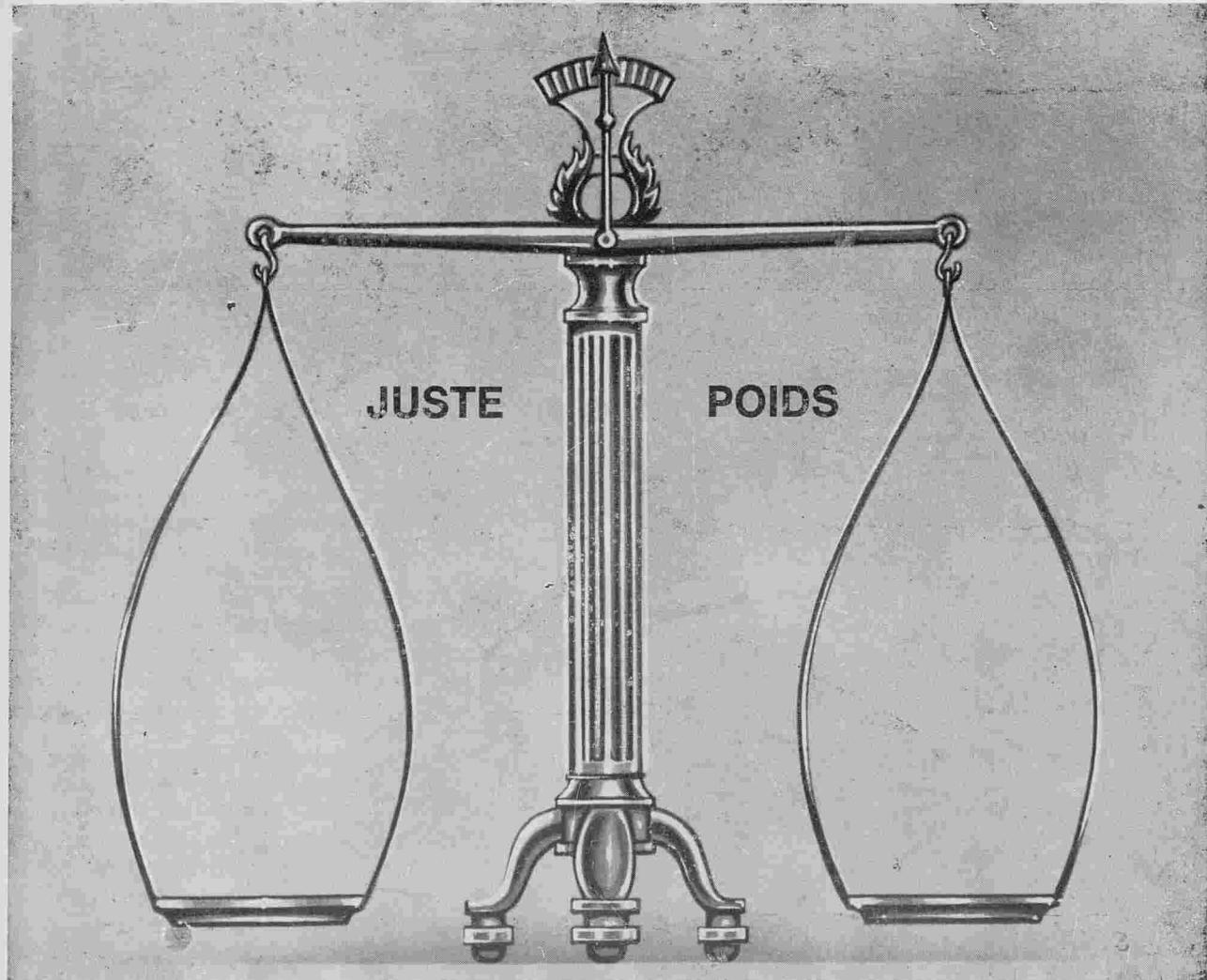
9/67 M

CERG



LABORATOIRES
SUBSTANTIA
92 SURESNES





1 seul comprimé par jour

07/1994 (B)

**1 kilo perdu
par semaine**

Lucofène fort E.P.

Comprimés à Effet Prolongé dosés à 75 mg de Chlorphentermine (Chte)
1 comprimé le matin. A ne pas administrer aux enfants (moins de 15 ans).
Tubes de 24 comprimés - P. Cl. 11 - SS. Coll. Art. 115 et A.M.G. Tableau C

LABORATOIRES
SUBSTANTIA
SURESNES (Hts-de-Seine)



FRANCE N° 1 11/66 M



seul

bétriphos C

contient à côté de la triade vitaminique B1, B6, B12 et de la vitamine C (ac. ascorbique) l'acide adénosine triphosphorique (A.T.P.)

indications	Epuisement musculaire Fatigues des travailleurs et des sportifs Algies d'effort	4 à 6 gélules par jour
	Convalescences Sénescence Troubles du métabolisme cardiaque	3 gélules par jour
présentation	Boîte de 30 gélules	Formule pour une gélule : A.T.P. 15 mg Chi. de Thiamine 100 mg Chi. de Pyridoxine 100 mg Cyanocobalamine 100 mcg Acide Ascorbique 100 mg

Laboratoires CORBIÈRE 27 rue Des Renaudes PARIS XVII^e

Les cancers du cavum en Tunisie

(A propos de 138 cas observés à l'Institut National de Carcinologie) (*)

par A. ZAOUCHE et J. BRUGERE

Très fréquent en Tunisie, le cancer du cavum occupe le deuxième rang après le cancer du larynx, parmi les tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures. Il est souvent diagnostiqué tardivement en raison des symptômes d'emprunt qui le révèlent.

Malgré sa gravité, il est nécessaire de mettre en œuvre la Télécobalthérapie le plus tôt possible, avant que ne se fixent les métastases ganglionnaires cervicales, et que n'apparaisse l'atteinte osseuse de la base du crâne.

Parmi les 610 tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures diagnostiquées à la consultation O.R.L. de l'I.N.C. du 1^{er} octobre 1967 au 1^{er} juin 1969, il est frappant d'observer que les cancers du larynx (191 cas) et les cancers du cavum (138 cas) représentent plus de la moitié des cancers O.R.L. dépistés. La prévalence des cancers rhinopharyngés en Afrique du Nord — comme en Extrême-Orient — est connue (5), mais encore non expliquée, malgré la connaissance de nombreux facteurs d'irritation respiratoire chronique supposés favorisants (3, 5).

CHADLI (2) sur 648 tumeurs malignes O.R.L. étudiées au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Institut Pasteur de Tunis de 1950 à 1959 retrouve des chiffres du même ordre (253 épithéliomas du larynx et 138 cancers du cavum).

MANSOURI et collaborateurs (4) signalent au C.H.U. d'Oran, 105 tumeurs malignes du cavum sur 613 tumeurs malignes O.R.L. observées en 4 ans 1/2 de 1962 à 1967.

(*) Nous tenons à remercier ici le Docteur Tahar ZAOUCHE qui nous a accueilli dans son Service de l'Hôpital Habib Thameur jusqu'à l'ouverture de l'I.N.C., ainsi que tous les médecins O.R.L. de Tunisie qui nous ont confié leurs malades

GENERALITES :

— Siège des végétations adénoïdes de l'enfant, le rhinopharynx ou cavum ou épipharynx, est une cavité de volume variable, située en arrière des choanées, sous l'étage moyen de la base du crâne. Il communique latéralement avec l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache et se continue en bas par l'oropharynx :

- latérale vers la trompe, l'oreille moyenne et les ptérygoïdes,
- antérieure vers les fosses nasales et l'orbite,
- supérieure vers l'étage moyen de la base du crâne.

— L'extension lymphatique se fait essentiellement dans la partie haute de la chaîne jugulaire interne.

REPARTITION :

Sur les 138 cas observés en 18 mois (100 à l'Hôpital Habib Thameur, 38 à l'I.N.C.) 100 atteignaient des hommes, 38 des femmes. Toutes les tranches d'âge sont atteintes, avec un maximum entre 45 et 60 ans (Tableau 1). Cette répartition concorde avec la littérature (5) et les observations faites par CHADLI qui note une nette prédominance chez l'homme. En revanche, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre l'âge moyen chez l'homme (41) et la femme (39.5) alors que CHADLI retrouve une différence importante (homme : 45.5 — femme : 36.5).

Origine géographique.

SITBON (7) avait insisté sur l'origine des cas observés en Algérie : ceux-ci étaient presque tous dépistés dans le Nord de l'Algérie. Nous n'avons pas retrouvé ce fait dans notre série (Tableau 2). Les cas paraissent plus nombreux dans les gouvernorats plus peuplés et dans les régions où exerce un spécialiste O.R.L.

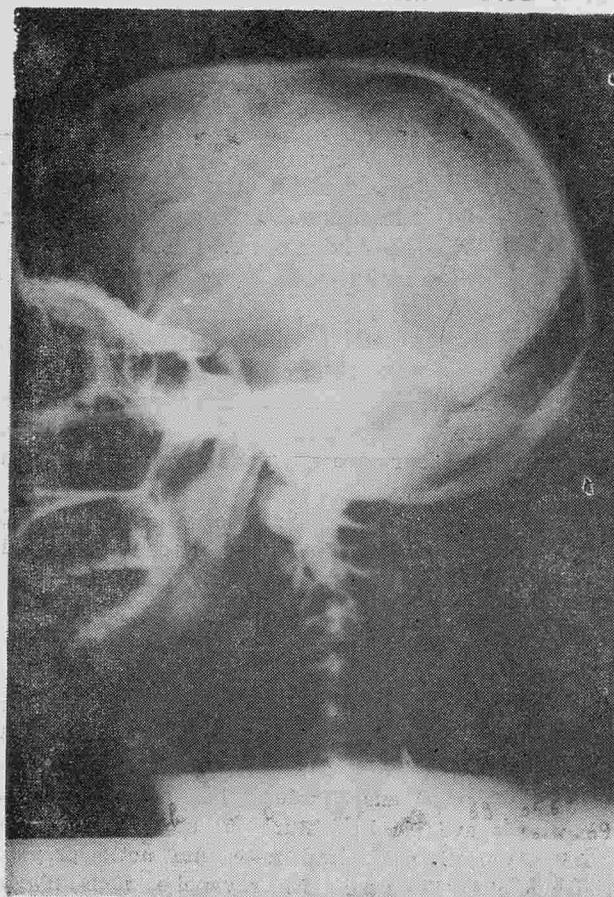
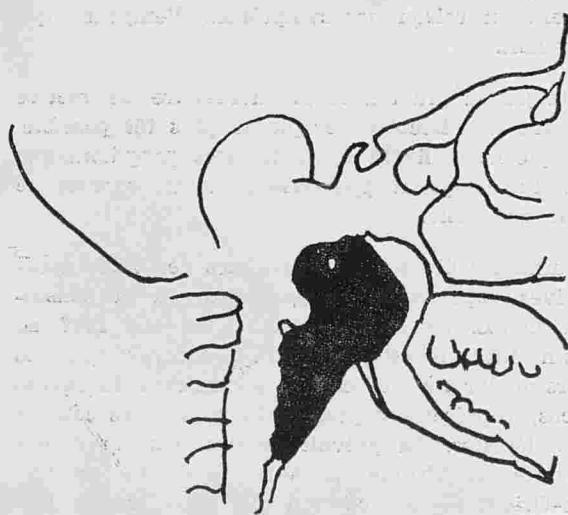


FIG. 1
Cliché standard : Refoulement antérieur de la muqueuse rhino-pharyngée

Cliché standard : Refoulement antérieur de la muqueuse rhino-pharyngée

(Dossier I.N.C. n° 01.69.0562)

Le cliché standard une contre-table de 1000 mm.
Le sujet est assis, la tête en arrière et le cou étendu.
Le refoulement de la muqueuse nasopharyngée est visible.
Le cliché est pris avec un filtre de 0,60 mm et une tension de 80 kV.



Le cliché standard est pris avec une contre-table de 1000 mm.
Le sujet est assis, la tête en arrière et le cou étendu.
Le refoulement de la muqueuse nasopharyngée est visible.
Le cliché est pris avec un filtre de 0,60 mm et une tension de 80 kV.



FIG. 2

Cliché de profil en décubitus avec lipiodol : décollement de la muqueuse postérieure du plan prévertébral (x).

- 28 épithéliomas anaplasiques;
- 33 épithéliomas épidermoïdes dont 25 peu différenciés et 8 différenciés;
- 18 du type lymphoépithéliome de Regaud;
- enfin, 14 lymphoréticulosarcomes.

Il faut souligner que l'indifférenciation totale de certains épithéliomas rend parfois la confusion possible avec les hémato-sarcomes.

b) *Appréciation clinique de l'extension :*

L'extension vers les fosses nasales est très fréquente, nous l'avons observée 26 fois, dont 6 très importante, de même vers l'oropharynx où la tumeur s'extériorisait 19 fois.

Elle est plus rare vers l'orbite (6 fois dont 5 très importantes protrusions du globe oculaire).

L'extension au niveau de la base du crâne peut être suspectée devant les signes neurologiques groupés dans le Tableau 3 qui détaillent les signes existant chez 22 malades, au premier examen. Seul le mécanisme du trismus doit être discuté (atteinte du V moteur, extension oropharyngée ou ptérygoïdienne, compression par grosses masses ganglionnaires rétromandibulaires).

TABLEAU 3

Signes neurologiques	Nbre de cas
V sensitif	12
V moteur	4
VI	16
Ophtalmoplégie	4
VII	5
VIII bis	2
X (par compression ganglionnaire)	1

c) *Etat radiologique :*

Il comprend systématiquement un cliché stancard de profil du crâne, un cliché de Hirtz pour étudier la base, un Blondeau pour les sinus antérieurs de la face; si possible, des clichés en décubitus avec insillation nasale de Lipiodol, éventuellement des tomographies sagittales.

Ces clichés permettent d'apprécier :

- le refoulement antérieur de la muqueuse pharyngée postérieure;
- l'atteinte osseuse sphénoïdale;
- la modification de la cavité rhinopharyngée et des orifices tubaires;
- l'état du sinus maxillaire et du cadre orbitaire;
- l'état des ptérygoïdes.

Nous n'avons trouvé que 6 atteintes osseuses radiologiquement indiscutables dont 4 importantes.

d) *Classification :*

On peut alors classer le stade tumoral dans un des 4 cadres définis par l'U.I.C.C. (6), mais il faut souligner les difficultés d'appréciation exacte de l'extension nasale et orbitaire et l'impossibilité fréquente de conclure à la réalité de l'atteinte ou de l'intégrité osseuse.

T1 : tumeur limitée sans extension osseuse, inférieure à 1 cm dans son plus grand axe d'implantation, type cancer de la fossette de Rosenmüller.

T2 : tumeur de plus d'un cm sans extension osseuse, type cancer de l'union des 3 parois.

T3 : tumeur avec extension osseuse visible à la radio, mais modérée, et sans signes neurologiques, ou tumeur étendue dans une des directions : orbite, fosse nasale, sinus sphénoïdal.

T4 : tumeur importante avec extension dans toutes les directions, ou tumeur avec extension osseuse importante, associée à des signes neurologiques.

2° BILAN GANGLIONNAIRE :

L'état des ganglions a été précisé dans 133 dossiers. Selon la classification T.N.M. les adénopathies sont classées en :

N1 : homolatérales mobiles;

N2 : bilatérales mobiles ou controlatérales mobiles;

N3 : adénopathies fixées;

N0 : absence d'adénopathies cliniquement décelables.

111 malades sur 133, soit 80 % étaient porteurs d'adénomégalies au premier examen clinique.

CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC :

Elles ont pu être retrouvées avec précision dans 133 dossiers. Elles sont variées, mais lorsque le malade vient consulter, le diagnostic doit être fait dès le premier examen, car les symptômes accusés réalisent un syndrome évocateur, et sont accompagnés 4 fois sur 5 d'adénopathies cervicales hautes rétromandibulaires très évocatrices.

1° 94 malades ont consulté pour des adénopathies cervicales dont la topographie évoquait d'emblée le diagnostic :

— 31 malades n'accusaient aucun symptôme associé, mais la situation rétromandibulaire des ganglions conduisait immédiatement à examiner le rhinopharynx.

— 63 malades annonçaient spontanément l'existence d'un ou plusieurs syndromes classiques. Ainsi :

- 51 se plaignaient d'épistaxis uni ou bilatérales;
- 35 d'une obstruction nasale progressive, unilatérale chez 21, bilatérale chez 14;
- 50 signalait une hypoacusie, unilatérale dans 36 cas, bilatérale dans 14, avec ou sans bourdonnements et parfois autophonie douloureuse;
- 19 signalait une otalgie rebelle;
- 45 se plaignaient de céphalées à type d'hémicranies avec névralgies faciales intéressant 24 fois le territoire du V avec précision;
- 14 souffraient de diplopie;
- 16 de trismus;
- 5 étaient porteurs d'une exophtalmie unilatérale;
- 3 se plaignaient de vertiges vrais avec troubles de la marche.

2° 26 malades n'étaient pas porteurs d'adénopathies lors de la première consultation, mais la symptomatologie présentée était évocatrice du diagnostic, car elle associait un syndrome nasal, un syndrome otologique et un syndrome neurologique à prédominance unilatérale.

3° 13 malades en revanche consultaient pour des troubles qu'il était plus difficile de rattacher

d'emblée au rhinopharynx : il s'agissait dans 9 cas de symptômes attirant l'attention seulement sur les fosses nasales (3 épistaxis bilatérales, 3 obstructions nasales unilatérales et 3 obstructions bilatérales). Parmi les 4 derniers malades, 1 consultait pour une névralgie isolée du V, 2 pour une exophtalmie unilatérale avec baisse de l'acuité visuelle, 1 pour une tumeur oropharyngée.

Ainsi les motifs de la première consultation apparaissent 9 fois sur 10 assez riches et assez précis pour évoquer le diagnostic dès le premier contact avec le malade.

RESULTATS DU BILAN EFFECTUE LORS DE LA PREMIERE CONSULTATION

1° BILAN TUMORAL :

a) Examen du cavum :

Que l'examen soit d'emblée orienté sur le rhinopharynx par les symptômes signalés, ou que celui-ci soit effectué à titre systématique au cours de la consultation, l'état du cavum doit être précisé par l'O.R.L. malgré les difficultés réelles de l'examen de cette région (douleurs, réflexes, particularités anatomiques et individuelles, trismus, hémorragies). La rhinoscopie antérieure après rétraction des cornets, la rhinoscopie postérieure sous anesthésie locale, après immobilisation du voile en avant par 2 sondes molles passées dans les fosses nasales et reprises par la bouche, ou la salpingoscopie permettent de localiser la tumeur; elle siège :

— dans 2/5 des cas, à l'union des 3 parois, latérale, supérieure et postérieure;

— dans 2/5 des cas, sur la paroi latérale, autour de l'orifice tubaire;

— dans 1/5 des cas, elle occupe presque la totalité du cavum et son point de départ ne peut être assuré;

— dans la moitié des cas, la tumeur est ulcéro-bourgeonnante;

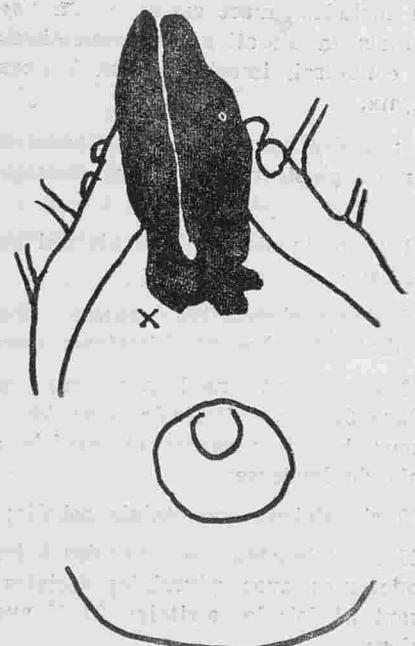
— dans 1/4 des cas, bourgeonnante pure, plus rarement ulcérieuse pure ou infiltrante.

Après avoir précisé ses caractères, la tumeur est biopsiée avec une pince de Chatellier ou mieux de Jatho. 93 résultats ont pu être obtenus dans notre série :



FIG. 3

Cliché en incidence de base (HIRTZ) : défaut d'imprégnation lipiodolée au niveau de la trompe et de la fossette de Rosenmüller et lyse osseuse de la région ptérygoïdienne (x).



Digitized by srujanika@gmail.com

La topographie des ganglions est précisée dans 99 dossiers.

— 97 fois, les ganglions siègent dans la gouttière retromandibulaire et la partie haute de la chaîne jugulo-carotidienne; ils sont associés à des :

- ganglions jugulaires inférieurs et sus-claviculaires dans 8 cas;
- ganglions spinaux dans 9 cas;
- ganglions sous-maxillaires dans 2 cas;
- ganglions prétragiens dans 2 cas.

— 2 fois seulement, les adénopathies retrouvées n'évoquaient pas immédiatement un cancer du cavum, parce que sous-maxillaires dans un cas, spinales dans l'autre.

Allure clinique.

Ils sont le plus souvent bilaéraux (8 fois sur 10), exceptionnellement controlatéral (1 cas), la taille de la masse uni ou pluriganglionnaire est

dans la moitié des cas comprise entre 4 et 8 centimètres, dans un quart des cas inférieure à 4 cm, dans un quart des cas supérieure à 8 cm, réalisant souvent de monstrueux placards mastoclaviculaires.

3° RECHERCHE DES METASTASES :

Les métastases extra-cervico faciales sont assez rares au premier examen. Nous en avons décelé 5 certaines :

- 2 osseuses (fémur, vertèbre lombaire) et
- 3 thoraciques (poumon, paroi latéro-thoracique).

4° REPARTITION T.N.M. :

Les 3 éléments T (tumeur), N (nodes, ganglions) et M (métastases) étant précisés, nous présentons dans le Tableau 4 la répartition des 123 dossiers dans lesquels il nous a été possible de choisir une classification.

TABLEAU 4. — Répartition T.N.M. des 123 cas.

	N0	N1	N2	N3	Total
T1 ...	8	11	3	35	57
T2 ...	3	1	3	12	19
T3 ...	10	4	2	31	47
Total ...	21	15	8	78	123

Cette répartition nous permet de souligner 4 faits :

- l'absence de T1;
- le petit nombre de malades N0 (21 sur 123);
- le grand nombre de malades N3 (78);
- le grand nombre de malades T4 (47).

La fréquence des longs délais (Tableau 5) séparant l'apparition du premier symptôme et de la première consultation peut expliquer ces faits; mais il faut souligner l'imprécision des données anamnestiques et la latence des tumeurs rhinopharyngées.

En outre, l'ouverture d'un service spécialisé entraîne inévitablement dans les premiers temps de son fonctionnement, le recrutement d'un certain nombre de malades porteurs de tumeurs très évoluées.

LE CANCER DU CAVUM CHEZ L'ENFANT :

En dénombrant les cas observés chez des malades âgés de moins de 15 ans, on constate que 9 malades étaient âgés de 11 à 14 ans et 1 âgé de 7 ans. Ces 10 malades, tous du sexe masculin présentaient un tableau clinique très évocateur. Il y avait 4 lymphoréticulosarcomes et 6 épithéliomas type lympho-épithéliomes.

LE DIAGNOSTIC.

Il doit être affirmé par l'étude histopathologique de la tumeur rhinopharyngée. Il peut parfois être discuté cliniquement avec des reliquats lymphoïdes, un fibrome nasopharyngien chez l'adolescent, un polype bénin (KILIAN) au cours d'une sinusite maxillaire chronique polypeuse, exceptionnellement une localisation de tuberculose, de B.B.S. ou de Hodgkin. En fait, l'étape essentielle est clinique : le médecin consulté doit penser à cette localisation devant des adénopathies rétro-mandibulaires associées ou non à des symptômes rhinologiques, otologiques, ophthalmologiques ou neurologiques, et penser aux débuts atypiques (4).

LE TRAITEMENT DE LA TUMEUR :

La base du traitement est l'irradiation transcutanée par le Télécobalt. Elle est réalisée par 2 champs latéraux jugaux préauriculaires, et éventuellement 1 champ antérieur nasal, délivrant une dose moyenne de 4.500 R en 5 semaines.

Une plésiociuriéthérapie intra-tumorale de surdosage par Iridium apportant un complément de 5.000 R environ, doit être utilisée ensuite, si les adénopathies sont curables.

LE TRAITEMENT DES ADENOPATHIES :

Peut utiliser isolément ou conjointement l'irradiation transcutanée et la chirurgie (curage ganglionnaire cervical complet uni ou bilatéral). Chez les malades N0, on fait systématiquement une irradiation prophylactique.

CONCLUSION

Il ne s'agit là que d'un premier dénombrement dont le but essentiel est de souligner la fréquence de ce cancer, non seulement parmi les tumeurs O.R.L., mais aussi parmi l'ensemble des tumeurs malignes et d'en rappeler les symptômes révélateurs. Le pronostic lointain de l'ensemble des cancers du cavum reste très sombre (autour de 10 % à 5 ans), mais l'amélioration des techniques permet d'espérer une survie de l'ordre de 50 % à 5 ans dans le groupe des T1-T2 en l'absence de ganglions fixés (6). C'est dire tout l'intérêt qu'il y a à mettre en traitement des malades à des stades limités, tant sur le plan tumoral que sur le plan ganglionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. BREHANT J. et MUSSINI-MONPELLIER J. : Esquisse de la physionomie du cancer en Algérie. *Bull. alg. Carcinologie*, 11, 19, 1959.
2. CHADLI A. et PHILLIPE E. : La physionomie du cancer en Tunisie. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*. 1960, 37, 397, 441.
3. HUONG B.Q., BUU-HOI N.P. et DUONG P.N. : Le cancer du naso-pharynx au Vietnam. *Ann. Oto-Laryng. (Paris)*, 1969, T. 86, n° 4-5, 267, 278.
4. MANSOURI, STRELKA J., BORNE G. et POS-PISIL A. (Oran) : Difficultés et erreurs de dia-
gnostic dans les tumeurs malignes du cavum. *Tunisie Médicale*, janvier 1968, n° 1.
5. MUIR C.S. et SHANMUGARATNAM K. : Symposium UICC sur le cancer du naso-pharynx. Munksgaard, édit., Copenhagen, 1967.
6. PIERQUIN B., CACHIN Y., LEFUR D. et BILGOT R. : Etude de 49 cas de carcinomes épidermoïdes du cavum traités à l'Institut Gustave Roussy de 1960 à 1965. *Presse Méd.*, 76, 1565, 1566, 1968.
7. SITBON J. : Le cancer du cavum en Algérie. *Bull. alg. Carcinologie*, 11, 385, 1959.

Ca C1000 SANDOZ



Traitement des asthénies de toute origine

1 comprimé effervescent = 1000 mg d'acide ascorbique - 1 g de gluconolactate de calcium

1 à 4 comprimés par jour (dans un verre d'eau)

Tube de 10 • P. cl. 4 • Remboursé S.S. et A.M.G.

UNE RECHARGE DYNAMISANTE SOUTENUE ET ÉQUILIBRÉE

Nouvelle Adresse

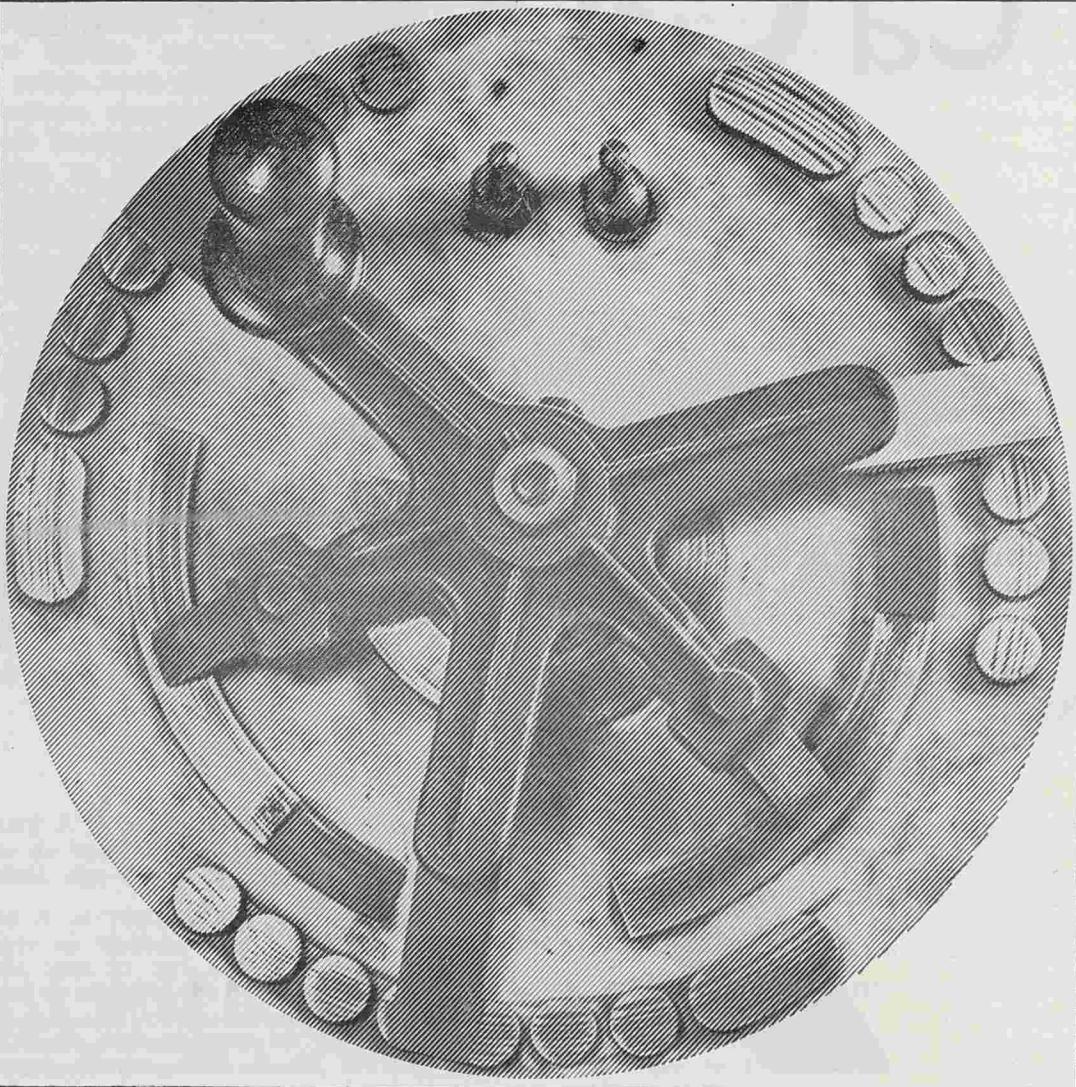
14, boulevard Richelieu — 92-Rueil-Malmaison

Téléphone : 967-79-20 - 967-77-20



1er

régulateur biliaire amphocholérétique •••



•••

ODDIBIL

*solution nouvelle
du problème de la douleur biliaire*

*lithiases
dyskinésies biliaires
migraines digestives
insuffisance hépatique*

posologie :
4 à 6 dragées par jour.

présentation :
Boîte de 40 dragées, dosées
à 0,25 g de Nébulisat de Fu-
maria Officinalis.

LABORATOIRE Roger BELLON 
159, av. du Roule - NEUILLY sur SEINE

"Un cas rare de leiomyome du colon transverse, s'étant révélé malin"

par WIERCIOCH B., HAFSIA M., MAAMOURI M.T.

Dans le groupe des tumeurs du tube digestif la rareté des leiomyomes bénins et plus encore celle des leiomyosarcomes est un fait communément admis. Ces tumeurs qui siègent avant tout au niveau de l'estomac, plus rarement au niveau de l'intestin grêle, sont exceptionnelles au niveau du côlon (1, 2, 3, 4, 6, 7).

OBERHELMAN a révélé 109 cas de leiomyomes du gros intestin siégeant surtout au rectum, publiés dans la littérature mondiale jusqu'en 1952 (7).

Notre observation qui rapporte un cas de « Leiomyome malin » du côlon transverse nous paraît intéressante aussi bien sur le plan clinique qu'anatomopathologique.

OBSERVATION * :

Mr...., 45 ans, ouvrier, est hospitalisé dans le service de Chirurgie de l'hôpital Farhat Hached à Sousse, le 2 février 1966 pour douleurs épigastriques, vomissements périodiques, tuméfaction du creux épigastrique depuis deux ans. L'examen de ce malade dont l'état général est bon, révèle une formation tumorale volumineuse (de la taille d'une tête de nourrisson), para-ombilicale droite, apparemment bien limitée, de consistance dure, peu mobile. Examen des urines, hémogramme, azotémie, tests hépatiques normaux. Vitesse de sédimentation globulaire accélérée (38 à la 1^{re} heure, 66 à la 2^{re} heure). Les radiographies pulmonaires et l'uropathie IV sont normales. Le transit gastro-duodénal localise cette néoformation en dehors de l'estomac et permet de noter qu'elle refoule la paroi gastrique.

Un lavement baryté devait alors être pratiqué, mais le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Il y est cependant réadmis d'urgence une semaine plus tard, dans un état de choc occasionné par une hémorragie digestive grave (moëlena depuis 5 jours). Malgré les transfusions répétées de sang,

(*) Observation présentée aux réunions périodiques de l'hôpital régional de Sousse.

l'anémie ne se répare pas et deux jours après l'admission du malade, l'hémogramme montre 1.860.000 GR.; Hb 31 %; leucocytes 9.400 sans polynucléose.

C'est donc très vite qu'on se décide à l'intervention. Celle-ci pratiquée le 4 mars 1966 découvre une volumineuse tumeur d'aspect néoplasique apparemment entourée d'une capsule, siégeant au niveau du mésocôlon transverse. Son pôle inférieur adhère au jéjunum, sur une surface d'environ 2 cm. A ce niveau, la tumeur est friable, partiellement nécrosée, infiltrant la paroi intestinale. La muqueuse du jéjunum, présente au regard de cette zone, une ulcération taillée à pic, de quelques millimètres de diamètre, considérée comme le point de départ de l'hémorragie. L'examen de la cavité abdominale ne relève pas l'existence d'adénopathies ni de lésions viscérales.

Devant le caractère infiltratif de cette masse, on pratique l'ablation de la tumeur avec les 2/3 du côlon transverse, l'épiploon et un fragment de jéjunum. Anastomose bout à bout. Suites opératoires simples. Le 12^e jour, le malade quitte le service en bon état général.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

La tumeur vaguement arrondie, de 20 cm de diamètre environ présente une surface bosselée parcourue par des bandes fibreuses qui dessinent des sillons plus ou moins profonds et la recouvrent à la manière d'une capsule. A la coupe son aspect est blanchâtre, fibreux, avec des zones ramollies et hémorragiques. Cette tumeur développée dans la sous-séreuse, n'intéresse pas la muqueuse du côlon transverse qui apparaît indemne. (Fig. 1).

Histologiquement, prolifération tumorale à cellules fusiformes, richement vascularisée, disséquée par des travées fibreuses œdémateuses et qui frappe par l'importance de ses remaniements nécrotiques. Les vaisseaux qui la traversent sont représentés, soit par des capillaires pourvus d'un endothélium, soit par des fentes à paroi épaisse, fibreuse, circu-

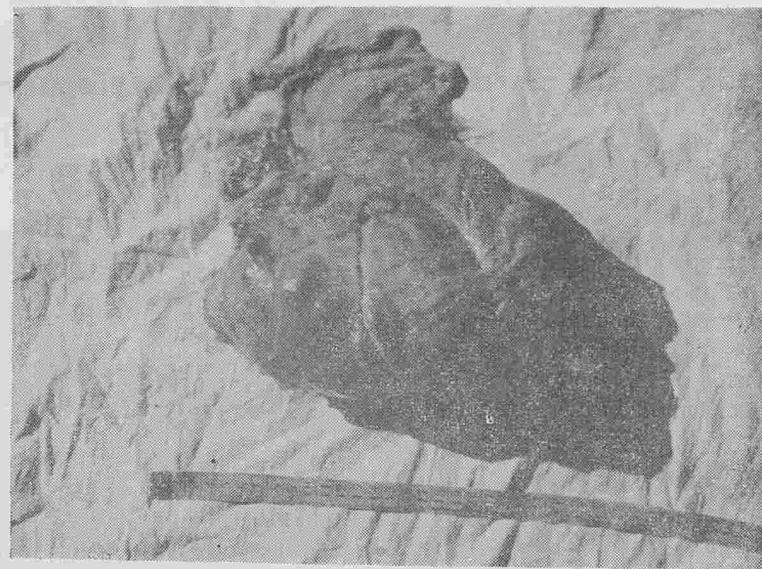


FIG. 1

tant à l'intérieur des travées fibreuses. La population cellulaire est dense, disposée en faisceaux d'éléments fusiformes pourvus d'un cytoplasme abondant éosinophile et d'un noyau généralement allongé, rappelant fortement des cellules musculaires lisses. Elle est parsemée de quelques éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires, surtout abondants dans les régions péri-vasculaires.

L'étude au fort grossissement des zones compactes permet de noter l'absence de monstruosités nucléaires. Les cellules présentent cependant de place en place des noyaux irréguliers, globuleux,

encochés ou à bouts asymétriques. Il existe surtout quelques mitoses, très rares d'ailleurs.

Au total, la structure histologique de cette tumeur répond à celle d'un leiomyome qui frappe par l'importance de ses remaniements nécrotiques, une anisocaryose et surtout par l'existence de quelques mitoses. Ces caractères éveillent la suspicion et posent le problème du leiomyo-sarcome bien différencié ou typique.

Conclusion : aspect de leiomyome, mais réserves. (Fig. 2).

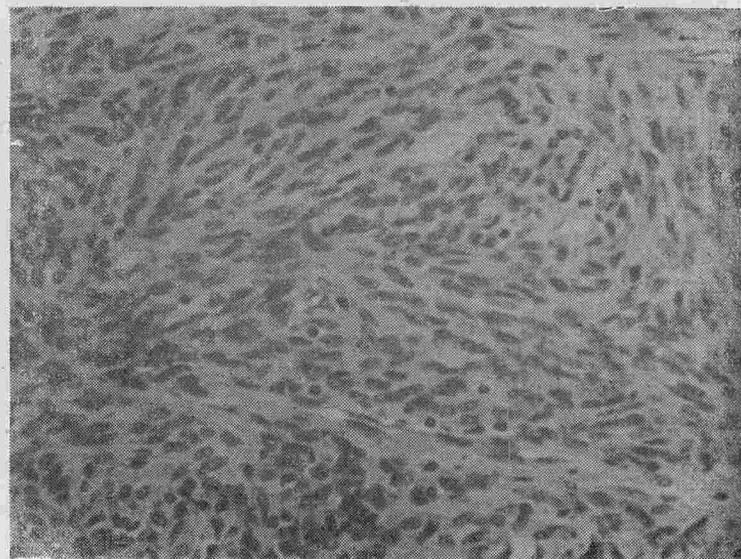


FIG. 2

Le malade sera revu à la consultation externe 3 et 6 mois après. Etat général parfait. Pas de troubles. A repris son travail normalement.

17 mois après l'intervention, le malade, qui a accusé un certain amaigrissement, vient consulter pour douleurs épigastriques, irradiant au dos. L'examen révèle une petite masse tumorale au niveau du creux épigastrique. Transit et lavement baryté normaux. Hémogramme : 4.250.000, 84 % d'Hémoglobine.

L'intervention est alors décidée avec le diagnostic probable de récidive in loco de la tumeur.

La laparotomie découvre cependant, en dehors d'une ascite à liquide citrin, non pas une récidive locale, mais une généralisation métastatique sous forme de nodules tumoraux multiples parsemant le foie et truffant le mésentére. Le côlon transverse est indemne de tout processus tumoral, notamment au niveau de la suture. Prélèvement d'un gros ganglion mésentérique. Suites opératoires normales.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Ce gros nodule entouré par une coque scléreuse, ne présente nulle part de follicules lymphoïdes pouvant le faire rapporter à un ganglion. Il est constitué par une prolifération tumorale à cellules fusiformes présentant sur le plan structural les mêmes caractères que la tumeur colique.

On n'y trouve pas non plus de monstruosités nucléaires ni d'atypies franches. Si les remaniements nécrotiques et la sclérose sont ici pratiquement absents, l'activité mitotique, toujours discrète, est cependant nettement plus accusée. On trouve de même des lacs sanguins, sans endothélium, bordés par les cellules tumorales elles-mêmes.

Conclusion :

En dehors du tableau clinique, qui ne laisse plus aucun doute sur la malignité de cette tumeur les caractères histologiques de ce nodule appartiennent à un leiomyosarcome bien différencié. (Fig. 3).

L'évolution se fera vers la constitution de métastases pulmonaires et le malade décède dans un tableau de cachexie 6 mois après la deuxième intervention.

LEIOMYOMES ET LEIOMYOSARCOMES DU TUBE DIGESTIF :

Les leiomyomes du tube digestif sont simples ou multiples. Ils croissent sur place par refoulement des tissus avoisinants et s'en séparent plus ou moins complètement par une capsule. Ils atteignent souvent des dimensions considérables. Leur accroissement brusque provoque généralement les ulcerations du tractus digestif occasionnant des hé-

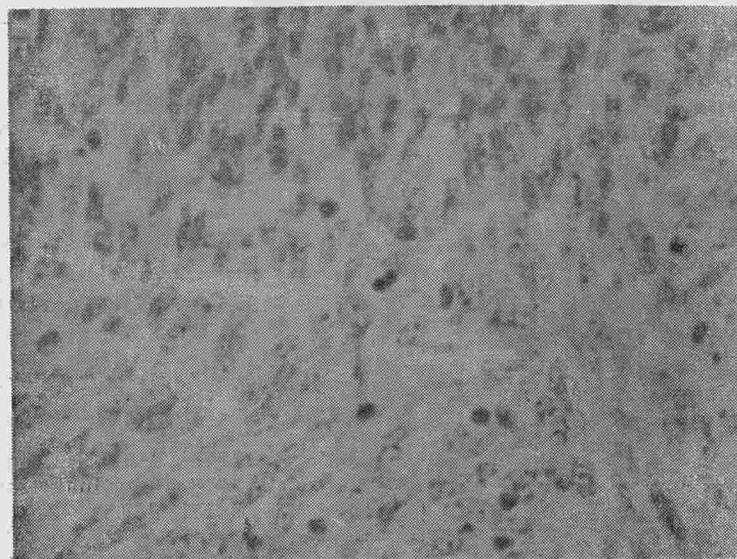


FIG. 3

morragies, voire une perforation ou invagination avec occlusion.

L'existence de ramollissement œdémateux et dégénératif, d'ectasies vasculaires et d'hémorragies interstitielles modifient profondément le caractère macroscopique de ces tumeurs et les font parfois considérer comme étant « en dégénérescence sarcomateuse ».

A l'inverse, certains leiomyomes macroscopiquement et histologiquement tout à fait anodins se comportent en fait comme de véritables sarcomes. Les leiomyosarcomes se présentent en effet sous deux formes histologiques essentielles :

— Les leiomyosarcomes atypiques ou sarcomes polymorphes comportent des caractères évidents de malignité et sont de diagnostic facile. Si l'hystologiste hésite, ce n'est point sur le caractère cancéreux de la tumeur, mais sur sa nature musculaire fortement déviée et tendant vers l'indifférenciation plus ou moins complète. La distinction du sarcome musculaire et du sarcome fibroblastique peut alors devenir difficile voire impossible.

— Les leiomyosarcomes bien différenciés ou typiques appelés également « Leiomyomes malins », présentent une structure très peu différente des leiomyomes bénins. Un examen approfondi permet cependant de noter quelques mitoses qui étonnent dans un tissu où les cellules se divisent par amitose. D'autre part, c'est à la périphérie de la tumeur que l'on peut déceler sur des coupes sérielles, le potentiel d'envahissement qui caractérise la malignité de ces néoplasmes. Les cellules tumorales au lieu de refouler le tissu normal périphérique, l'envahissent et le détruisent.

Ces deux critères de malignité peuvent manquer; il peut être difficile de mettre en évidence

un envahissement périphérique et l'aspect de la tumeur est alors des plus anodins, n'inspirant aucune inquiétude, ce qui a fait parler de « myomes bénins » et cependant généralisés...

CONCLUSIONS GENERALES .

L'étude anatomo-clinique d'un cas de leiomyosarcome du côlon transverse a permis de formuler un certain nombre de remarques concernant :

1° La rareté de ces tumeurs au niveau du tube digestif et en particulier au niveau du côlon.

2° La difficulté du pronostic histologique de certaines tumeurs musculaires lisses très différenciées, celles-ci peuvent se présenter sous le masque d'une tumeur bénigne et se comporter cependant comme d'authentiques sarcomes.

3° L'évolution particulièrement rapide observée dans notre cas semble bien démontrer d'autre part l'absence de concordance entre le degré de malignité et la différenciation de la tumeur.

SUMMARY

A report on a case of leiomyoma of the transversal colon in a 45 year-old man is presented by the authcrs. The tumor had caused an acute haemorrhage within the intestine. The transversal colon was resected with the tumor, which was histologically identified as leiomyoma with reserve.

17 months later a numerous metastases in the liver and mesentery were observed. Benign and malign leiomyoma are sometimes histologically very similar and also difficult to differentiate.

BIBLIOGRAPHIE

1. BULSKA M. : Leiomyome du côlon. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1956, 36, 1565.
2. GOLDEN T., STOUT A.P. : Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. *Surg. Gyn. Obst.*, 1941, 73, 784.
3. JONES L. : Leiomyoma of the colon. *Dis. Col. rect.*, 1966, 7, 413.
4. MAC KENZIE A., RONALD W., WAUGH T. : Leiomyoma and leiomyosarcoma of the colon. *Annals of Surg.*, 1954, 1, 67.
5. MASSON P. : Tumeurs humaines. Paris, 1956.
6. MORTON H.A. et collab. : Smooth muscle tumors of the alimentary canal. *Ann. of Surg.*, 1956, 144, 487.
7. OBERHELMAN H.A. et coll. : Leiomyoma of the gastrointestinal tract. *Surg. Clin. N. Am.*, 1952, 111, 122.
8. WILLIS R.A. : Pathology of tumors. London, 1948.

CORTINE NATURELLE

LAROCHE NAVARRON

Extrait cortico-surrénal total

dans toutes
**URGENCES
MÉDICALES**
et
CHIRURGICALES

quels que soient
l'état du blessé ou du malade,
son âge, sa tension artérielle.

GARANTIT L'INTÉGRITÉ DES RÉACTIONS DE DÉFENSE

CORTINE NATURELLE 125 unités L.N.
(2 à 3 ampoules, ou plus si nécessaire) :
en intraveineuse si possible
ou intramusculaire
sinon, par voie perlinguale
(vider le contenu d'une ampoule A
dans la bouche).

Boîtes de 2 et de 5



LAROCHE NAVARRON
63, Rue Chaptal - 92 - Levallois - Tél. 737-61-55

antibiothérapie locale de sécurité

BACICOLINE®

COLISTINE (colimycine R. Bellon) + chloramphénicol + hydrocortisone

**Solution
Ophta O.r.l.**
conjonctivites
bactériennes
otites aiguës et
chroniques



Otocones®
otites

Flacon de 5 ml. - S.S. P. Cl. 8 - Tabl. A - 3 à 8 instillations par 24 h.
Boîte de 12 otocones - S.S. P. Cl. 7 - Tabl. A - 1 ou 2 otocones par 24 h.

danpex • Réf. 831



63 - Clermont-Ferrand

A propos d'une décanulation difficile

par Mustapha ATALLAH

OBSERVATION :

Nabil, 2 ans et 1/2, est arrivé en urgence dans le service le 24 novembre 1967, avec voix de canard, dyspnée laryngée modérée, voies aériennes supérieures encombrées, adénopathies cervicales bilatérales et état général très altéré.

L'examen montrait une voissure de la paroi postérieure du pharynx, dont la muqueuse était sale et enflammée.

Antibiotiques et désinfiltrants. En quelques jours, l'état de l'enfant devient alarmant. Les crises de dyspnée deviennent plus fréquentes. La mère, réticente au début, accepte la trachéotomie. L'enfant présentant un corps thyroïde volumineux, celle-ci est pratiquée haute, sus-isthmique. En fin d'intervention, une laryngoscopie directe montre un volumineux bombement de la paroi postérieure du pharynx, d'où une aiguille ramène du pus. L'incision de cette tuméfaction permet l'évacuation d'une quantité énorme de pus crémeux épais, bien lié, qui inonde le pharynx, le cavum, et les fosses nasales, et que l'on aspire en position de Rose.

L'enfant est immédiatement soulagé, et son état s'améliore rapidement.

Cinq jours plus tard, la décanulation du malade est suivie d'asphyxie : on est forcé de remettre la canule. Plusieurs autres tentatives échouent.

Le 11 décembre 1967, une laryngoscopie directe montre un énorme œdème des arytenoïdes. Antibiotiques et corticoïdes.

Le 14 décembre, on met en place un tube de Froin qui va rejoindre la canule de Krishaber à travers la filière laryngée. Six jours plus tard, on extrait le tube et la canule, à la suite de l'apparition de signes d'infection. L'enfant respire bien quelques heures, puis on est obligé de lui remettre sa canule.

Le 31 décembre, nouveau tubage, puis nouvel échec de la décanulation. Entre-temps, le malade sort, puis revient.

Le 28 mars 1968, une laryngoscopie directe fait apparaître une sous-glotte complètement oblitérée.

Une thyrotomie pratiquée le 15 avril 1968 montre que l'orifice de la trachéotomie traverse la paroi antérieure du cricoïde. On pratique une nouvelle incision basse, sous-isthmique. Le tissu de granulation qui oblitère la sous-glotte est enlevé à la pince, et l'on pose un tube de caoutchouc qui est retenu en bas par un fil de nylon sortant par l'orifice de trachéotomie. Rapidement apparaissent des signes d'infection.

Le 6 mai 1968 extraction du tube de caoutchouc pour lequel la muqueuse avait manifesté son intolérance par des bourgeons polypoïdes infectés.

Le malade sort, puis est admis à nouveau le 3 juillet 1968. Tyrotomie, et mise en place d'un tube en polyéthylène. Ce tube est gardé 1 mois, mais la rupture du fil de contention provoque sa chute dans la trachée, avec quintes de toux et gêne respiratoire. On le retire et l'on constate qu'il faut encore remettre la canule.

Le 11 novembre 1969 nous avons pu nous procurer un tube d'Aboulker en Téflon. Il est introduit dans la filière laryngienne par une incision allant de la canule, c'est-à-dire du 3^e anneau de la trachée, jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde. La canule est remise en place, et s'insère dans une fente ovalaire taillée dans la partie inférieure du tube de Téflon. On vérifie par laryngoscopie directe que le tube est bien en place. Au bout de 8 semaines, aucun phénomène d'intolérance n'est apparu.

Extraction du tube de Téflon par la bouche sous laryngoscopie directe, et retrait de la canule de Krishaber. L'enfant respire par la bouche. Cela s'est passé le 6 janvier 1969. Depuis, l'enfant respire bien, et parle avec une voix à peine étouffée.

Nous l'avons revu le 1^{er} juillet, et, mise à part cette voix un peu étouffée, et une cicatrice assez lâide du cou, il ne conserve qu'un mauvais souvenir de cette longue épreuve qui aura duré 15 mois.

COMMENTAIRES :

Cette observation nous a paru digne d'être retenue, parce qu'elle fournit l'occasion de formuler quelques remarques, et de réaffirmer quelques principes, qui pour être classiques, n'en sont pas moins quelquefois oubliés ou négligés. Tout d'abord, la trachéotomie doit être médiane, verticale, et porter sur les 3^e et 4^e anneaux de la trachée.

Certes, très souvent, la trachéotomie pratiquée au cours de l'urgence respiratoire, et, singulièrement chez le jeune enfant, l'est presque toujours dans des conditions inconfortables, à telle enseigne que bien rarement, ayons le courage de l'avouer, il nous est loisible de respecter scrupuleusement les temps classiques de la technique opératoire.

Par ailleurs, un certain nombre de contrariétés anatomiques, un cou trop court, un thymus trop exubérant, un lacs veineux menaçant, peuvent impressionner un opérateur anxieux, et remonter la pointe de son bistouri vers cette zone d'accès plus facile, dont l'incision va procurer le soulagement à l'enfant, et à lui-même, mais marquera pour les deux le commencement des ennuis...

Car, si la trachée est un tube cartilagineux mince et rigide, tapissé intérieurement par une muqueuse adhérente, par contre, la sous-glotte, y compris l'anneau cricoïdien, est tapissé par un tissu sous-muqueux lâche, rempli d'éléments lymphoïdes, et propice à l'œdème et à l'hyperplasie inflammatoire, surtout au contact du corps étranger que constituera la canule. Le cartilage réagit également au contact prolongé de la canule : il est le siège d'une chondrite et d'une périchondrite. NEGUS a insisté sur cela en 1957. A l'ablation de la canule, la lumière respiratoire se trouvera donc considérablement réduite par l'œdème de la sous-muqueuse, par le bourgeonnement de la muqueuse surinfectée, et par l'épaississement du cartilage. A ce stade, il est encore possible de sauver la situation.

P. MOUNIER-KUHN, au 7^e Congrès International ORL en 1961 a fixé la marche à suivre qui reste valable dans la grande majorité des cas :

- Bilan pulmonaire.
- Bilan laryngoscopique.
- Ablation à la pince des bourgeons charnus, et abaissement éventuel de la canule.

— Traitement anti-infectieux et anti-inflammatoire.

— Décanulation enfin sous sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques.

Mais ce schéma s'avère insuffisant lorsque le stade inflammatoire a déjà fait place à la sténose organisée où prédominent les éléments fibreux. Les tentatives de section, dilatations et autres manipulations, sous endoscopie ou à ciel ouvert, aboutissent le plus souvent à la reconstitution de la sténose. Il est nécessaire d'introduire dans la lumière traitée et décortiquée un tube autour duquel se recalibrera et se réépithélisera la filière nouvelle.

La nature de ce tube constitue un autre aspect du problème.

La difficulté de s'approvisionner en Tunisie en matériaux d'importation, nous a fait faire presque expérimentalement chez notre petit malade le tour des intolérances : intolérance au tube de Froin en laiton, intolérance au caoutchouc, au polyéthylène, et enfin, tolérance parfaite au Téflon qui est resté « *in situ* » 8 semaines sans provoquer d'intolérance.

H. MULER trouve que les tubes de Froin sont excellents et longtemps tolérés, sans léser le larynx. Cependant, outre qu'ils ne répondent pas aux sténoses très serrées, il leur reconnaît l'inconvénient de favoriser les fausses routes alimentaires. En effet, nous avons pu constater ce grave inconvénient qui s'explique par le fait que la colerette du tube est sus-glottique; si bien que la filière laryngo-trachéale n'est pas exclue à la déglutition. Par contre, les tubes en Téflon se terminent en haut par un dôme centré par un orifice. De sorte que la déglutition permet la libre fermeture de la glotte sur lui.

Par ailleurs, MULER déconseille l'ouverture du larynx chez le jeune enfant. Il estime que la croissance normale du squelette laryngé va aller puissamment dans le sens du traitement. Cependant, lorsque la sténose est totale ou sub-totale, il faut craindre qu'une telle espérance ne se réalise jamais, ou que sa réalisation soit trop lente pour épargner à l'enfant les troubles de la phonation, de la respiration et du développement, qui sont le lot des canulards, sans parler des incidents et accidents mécaniques et infectieux qui les menacent en permanence.

L'excision de la sténose et la fermeture sur tube de Téflon nous paraît, quant à nous, l'attitude la plus réaliste et la plus prudente.

BACTISUBTIL

ampoules buvables-gélules

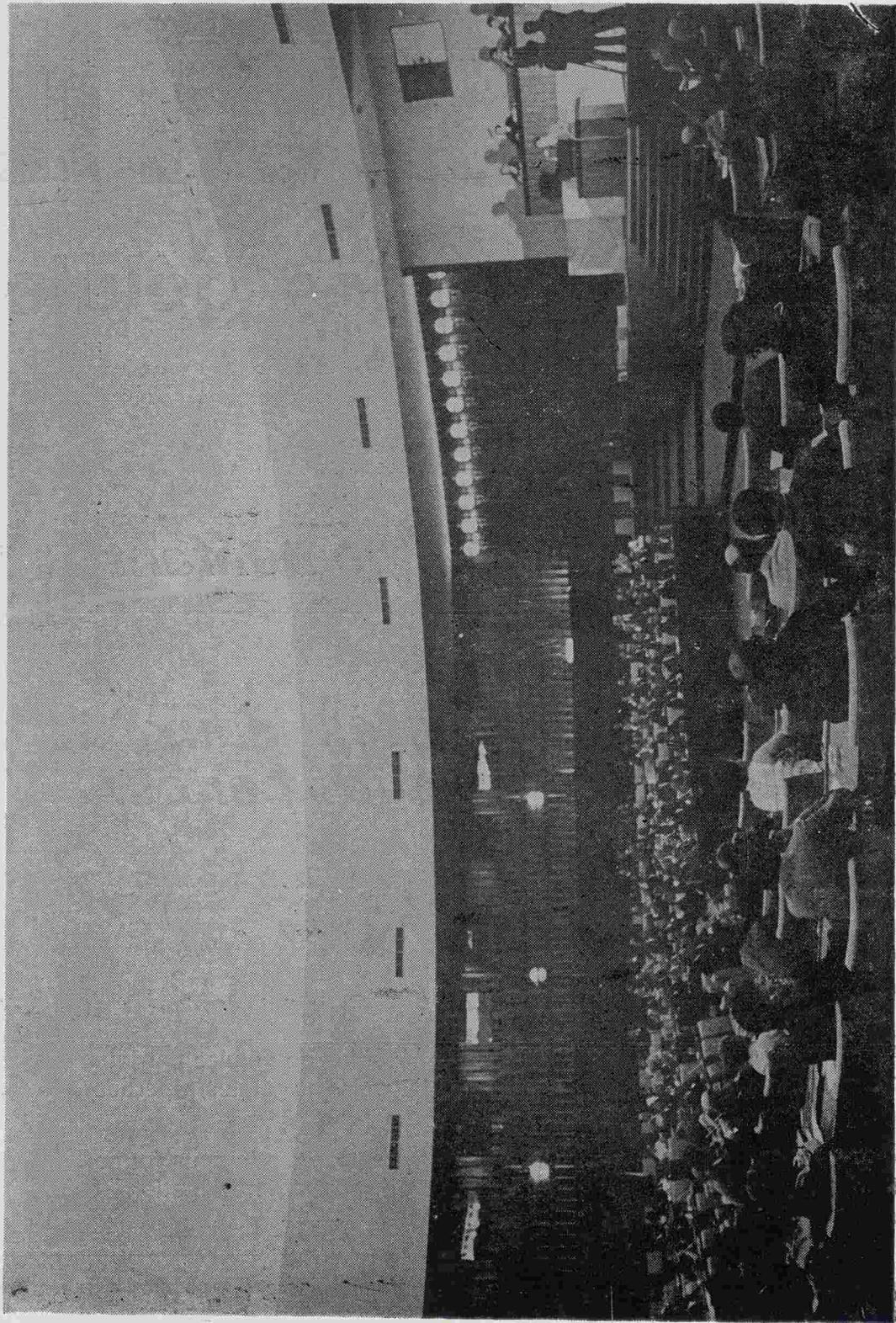
*protège l'intestin de l'enfant
et de l'adulte
dans les diarrhées
et les accidents intestinaux
dus aux antibiotiques per os.*

Posologie :

Traitement d'attaque : 4 à 6 ampoules buvables ou gélules par jour

Traitement d'entretien : 2 ou 3 ampoules buvables ou gélules, réparties dans la journée, en dehors des repas.

Composition : Culture pure de *Bacillus subtilis*, répartie sous forme liquide en ampoules buvables de 10 ml, ou, après centrifugation et séchage, en gélules à ingérer ou à ouvrir.



Séance inaugurale des 5es Journées Médicales Maghrébines, au Palais des Nations

— Alger — 28-29-30 avril 1969.

A PROPOS DES 5^{es} JOURNÉES MÉDICALES MAGHRÉBINES

Réflexions et Conclusions

par le Docteur Sleïm AMMAR

Président de la Société Tunisienne des Sciences Médicales

Les V^e Journées Médicales Maghrébines se sont déroulées du 28 avril au 3 mai dernier à Alger au Club des Pins dans le cadre faste et extrêmement fonctionnel du Palais des Nations primièrement érigé comme l'on sait pour la conférence des Chefs d'Etat Afro-asiatiques.

Placées sous le haut patronage du Président Haouari BOUMEDIENE et la présidence d'honneur du Dr Tedjini HADDAM, ministère de la Santé Publique et de la Population et du Dr Ahmed TALEB, ministre de l'Education Nationale, ces Journées ont réuni plus de quatre cents médecins maghrébins en même temps que d'éménents maîtres étrangers venus de France, de Grande Bretagne, de Suisse et des U.S.A.

Ces Journées qui constituent depuis cinq années déjà les plus hautes assises qui sont tenues à l'échelle du Maghreb sur le plan médico-scientifique et médico-social, avaient été organisées comme l'on sait pour la première fois à Casablanca en mai 1965, autour des thèmes de la tuberculose, des infections parasitaires et à staphylocoques. Une cinquantaine de travaux et communications au total avaient été notées alors autour de ces thèmes généraux de large portée, et ce nombre n'a cessé de croître depuis.

Ces thèmes ont toujours concerné les maladies à large implication médico-sociale qui se posent en priorité dans nos quatre pays. C'est ainsi que les journées médicales qui se succèdent à Alger, à Tunis puis de nouveau à Casablanca en 1966, 1967 et 1968 eurent successivement pour thèmes, le rhumatisme articulaire aigü et les kystes hydatiques du foie, puis les anémies et les ulcères gastro duodénaux, puis le diabète et la lithiase biliaire. Cette année à Alger, les thèmes choisis étaient ceux de l'hypertension artérielle, des maladies du cœur et des vaisseaux d'une part et d'autre part, ceux de la pathologie de la glande thyroïde.

D'un autre côté, des tables rondes concernant les problèmes d'organisation structurale de la santé publique, les campagnes prophylactiques de masse, le planning familial, les thèmes généraux de l'enseignement et de la formation des cadres, sont également tenus en marge de ces journées afin de confronter les diverses expériences, de profiter des enseignements mutuels et d'aider à trouver les approches communes à la solution de tous les problèmes qui se posent selon des données pratiquement identiques à l'échelle du Maghreb dans son ensemble.

Depuis leur institution en 1965, l'organisation de ces journées répondait donc à la nécessité pour les médecins maghrébins de mieux se connaître, mais surtout d'échanger et de confronter leurs expériences sur les plans médico-social et médico-scientifique et de trouver les approches communes nécessaires à la solution des problèmes communs qui se posent à eux.

C'est ainsi que ces journées non seulement offrent aux médecins l'occasion d'approfondir leurs observations et d'exposer les travaux de recherche qu'ils sont amenés à entreprendre au cours de leur carrière, mais aussi elle permettent de juger dans la pratique de leur façon de travailler, de la valeur de leurs approches diagnostiques et de mesurer en quelque sorte, de temps à autre, le bilan de leur expérience.

La valeur de tels rassemblements ne fait donc aucun doute. Ainsi et sans compter l'enrichissement mutuel qui en découle sur le plan magrébin, ces journées offrent l'occasion d'éprouver les instruments de mesure qui permettent de juger de manière intrinsèque de l'activité du médecin, du sérieux et de la valeur de son travail, de sa persévérance enfin à la tâche pendant de longues années et parfois pendant toute une vie.

Certes cette année, la délégation tunisienne quoique réduite a fait des efforts méritoires pour représenter aussi activement et aussi dignement que possible la Médecine Tunisienne à ces journées.

Ainsi parmi les communications tunisiennes qui ont été présentées nous citerons celles du Pr. agrégé Hassouna BEN AYED sur l'hypertension artérielle et les tumeurs du rein (pheochromocytome) et sur les hyperthyroïdies, du Docteur Saïd MESTIRI sur les thyroïdectomies et les plaies du duodénum, du Docteur BETTAIEB sur les hernies lombaires paralytiques, celle du Docteur Tawhida BEN CHEIKH sur le planning familial, du Dr Laroussi MEKKI en pneumophtisiologie, du Dr Mahmoud ROBBANA sur hypoplasie aortique et hypertension artérielle, celles des Drs Naceur HADDAD et ADAMSKA sur la gastro-parésie chez les diabétiques, enfin la communication du Dr M'hamed BEN SALAH sur la maladie de Waldenström.

Mais il est un fait que malgré ces efforts méritoires, la participation tunisienne a été relativement très réduite par rapport à la participation algérienne (une centaine de communications) laquelle dépassait largement (plus de trois fois) l'apport des marocains et tunisiens réunis (20 communications marocaines et 10 tunisiennes).

Ainsi si l'on se tient au critère proportionnel de la quantité et du rendement en fonction du nombre total des médecins et de la population, on aurait du avoir au regard de la centaine de communications algériennes, à peu près 33 tunisiennes (et non pas 10) puisque l'on compte près de 230 médecins tunisiens pour 650 médecins algériens.

Or, ce très important décalage n'est pas particulier à ces 5^e Journées, il remonte à plusieurs années déjà et s'accentue d'ailleurs d'année en année. Il n'est pas dû seulement à l'handicap du déplacement, ni à l'inverse à l'avantage (pour les algériens cette année) d'opérer en quelque sorte sur place, sur leur propre terrain.

Ainsi il est connu que les 3^e Journées Médicales Maghrébines qui se sont déroulées à Tunis en 1967, ont été largement dominées par les collègues algériens à telle enseigne qu'il a été dit qu'un congrès de médecins algériens s'est tenu à Tunis ».

Quant au bilan tunisien des 4^e Journées de Casablanca, il a fait lui aussi et en son temps l'objet d'un éditorial remarqué dans la Tunisie Médicale (1).

Ainsi en regard de la large participation algérienne dominante chaque année en qualité et en quantité (les travaux algériens sont effectués par des équipes de 5 à 10 collaborateurs) la contribution marocaine et encore moins la contribution tunisienne, toutes proportions gardées, apparaissent beaucoup plus réduites comme le tableau récapitulatif ci-dessous qui est très suggestif par lui-même le montre aisément.

Ce tableau au surplus met l'accent sur la différence entre d'une part un travail « annoncé » et qui — en fin de compte n'est pas présenté — et un travail qui est présenté mais qui en fait n'est pas publié et d'autre part, un travail qui est annoncé, présenté puis définitivement mis en forme et publié.

A ce propos il est à remarquer que nombre de collègues algériens et marocains et pas seulement tunisiens annoncent un travail sans le présenter réellement ou encore le présentent et oublient de le mettre en forme et de le remettre à la publication.

(1) Réflexions à propos d'un Congrès par notre collègue N. MOURALI, in « Tunisie Médicale ». N° 2, vol. 46, mars-avril 1968.

THEMES ET COMMUNICATIONS DES JOURNEES MÉDICALES MAGHREBINES DEPUIS LEUR
INSTITUTION

I^{res} Journées : — Tuberculose — Staphylococcies — Parasites	CASABLANCA : 5-6-7-8 mai 1965	
	Une cinquantaine de communications	
II^{es} Journées : — Rhumatisme articulaire aigu — Kystes hydatiques du foie	ALGER : 1-2-3 mai 1966	
	Communications annoncées	100 Effectivement publiées 55
III^{es} Journées : — Anémies — Ulcères gastro-duodénaux	algériennes	43
	marocaines	9
IV^{es} Journées : — Le diabète — La lithiasis biliaire	tunisiennes	3
	TUNIS : 1-2-3 mai 1967	
V^{es} Journées : — Pathologie thyroïdienne — Hypertension artérielle. Tables rondes : Enseignement médical : organisation hospitalière et exercice de la médecine.	Communications annoncées	133 Effectivement publiées 61
	algériennes	73 41
	marocaines	20 6
	tunisiennes	40 14
	CASABLANCA : 1-2-3 mai 1968	
	Communications présentées	150 Effectivement publiées 46
	algériennes	75 25
	marocaines	46 18
	tunisiennes	19 3
	étrangères	6
ALGER : 28-29-30 avril 1969		
	Communications présentées	140 non encore publiées
	algériennes	100
	marocaines	20
	tunisiennes	10
	étrangères	10

Ce tableau extrêmement éloquent devrait être analysé lui-même à la lumière des données du second tableau ci-contre qui met en valeur le nombre total des médecins pour chaque pays puis la répartition entre étrangers et autochtones et enfin le pourcentage du nombre total des médecins par rapport aux chiffres respectifs de la population d'une part et d'autre part, du nombre des médecins nationaux seuls par rapport à ce chiffre de population.

T A B L E A U

	Chiffres de la population	Nombre total de médecins Nationaux et Etrangers	Rapport médecins /habitants	Rapport médecins autochtones/habitants
MAROC	environ 14 000.000	environ 1.500 200 Nat. 300 Etr.	1/9.500	1/70.000
ALGERIE	12.000.000	2.000 650 Nat. 1350 Etr.	1/6.000	1/18.000
TUNISIE	4.600.000	530 230 Nat. 300 Etr.	1/8.500	1/20.000
LYBIE	1.700.000	1.510 10 Nat. 1500 Etr.	1/1.100	1/30.000 en comptant 60 méd. autochtones attendus

Ce tableau montre que le corps médical le moins favorisé semble bien être le corps médical marocain, que le plus favorisé sur le plan du nombre, reste de loin le corps médical qui exerce en Libye, mais que le plus dynamique et relativement plus adapté aux besoins et aux problèmes de la population est bien le corps médical algérien. Enfin, malgré l'avance considérable que semblait avoir pris la génération des médecins tunisiens d'avant l'indépendance, sur leurs collègues des autres pays maghrébins, on est bien obligé de constater aujourd'hui un piétinement sinon une régression relative mais très nette du potentiel médical qu'il représentent depuis 1956.

Ainsi, c'est un fait que la Tunisie souffre depuis plus de dix ans d'une grave pénurie de médecins en rapport avec le départ de près de 400 médecins pour la plupart étrangers au pays et pour la raison bien simple que la formation des nouveaux cadres médicaux, n'a pas toujours suivi l'accroissement considérable du nombre des institutions et des centres de soins, réalisé par le Gouvernement depuis l'Indépendance.

Ainsi, le nombre total des médecins en Tunisie reste actuellement stationnaire et même en baisse par rapport aux chiffres de 1956. (535 médecins à cette époque) alors même que la capacité hospitalière est devenue deux fois plus forte, le nombre de dispensaires cinq fois plus grand et que les besoins et exigences vis-à-vis des soins se sont considérablement accrus de la part de toutes les catégories de la population, laquelle de son côté ne cessait de croître en valeur absolue (accroissement de près d'un million d'habitants depuis 10 ans).

Alors qu'en 1956, la Tunisie ne disposait qu'un lit et demi pour 1.000 habitants et de 535 médecins en tout, sortis de l'immense majorité d'une formation homogène issue des universités françaises, en 1969 elle ne dispose que de 530 médecins, chiffres officiellement donnés par M. le Secrétaire d'Etat dans la conférence de presse du 14 mars 1969 (2) et ce, pour une population de 4.600.000 habitants et pour une capacité hospitalière de 12.000 lits c'est-à-dire double de celle de 1956.

En rapportant le nombre de lits au nombre d'habitants, on arrive donc en 1969 au pourcentage de 3 lits pour 1.000 habitants soit deux fois plus qu'en 1956 = ce qui au minimum demanderait deux fois plus de médecins (à qualité égale et à dispersion et concentration équivalentes des formations sanitaires), ce qui n'est manifestement pas le cas.

D'autre part le nombre des dispensaires de 107 en 1956 est passé à près de 550 en 1969 et doit atteindre les 600 dans les quatre prochaines années.

Ainsi on peut dire qu'en 1956, le pays disposait en théorie d'un médecin pour douze lits environ et qu'en 1969, il dispose à peine d'un médecin pour 25 lits.

Si l'on compte la dispersion des formations, ce pourcentage apparaît encore plus grave, autrement dit le médecin en Tunisie en 1969 a à faire face à une tâche trois à quatre fois plus ardue, plus difficile et plus ingrate qu'en 1956.

D'où la surcharge considérable de travail qui pèse depuis de longues années sur les épaules des médecins tunisiens.

Ces chiffres qui soulignent gravement la régression du « potentiel médical » de la Tunisie, toutes proportions gardées par rapport à celui de 1956, montrent également quand on les situe dans le contexte maghrébin, que les médecins tunisiens se retrouvent encore en état d'infériorité par rapport à leurs collègues algériens quant au pourcentage médecin-habitants 1/6.000 pour l'Algérie et 1/8.500 pour la Tunisie et d'autre part, quant au rapport médecin autochtone-habitants (1/18.000 pour l'Algérie et 1/20.000 pour la Tunisie).

Or cette situation est d'autant plus regrettable que par exemple pendant longtemps au 115, Bd Saint Michel à Paris, le nombre des étudiants tunisiens en médecine était plus important que celui des algériens et des marocains réunis !

Aujourd'hui, les publications médico-scientifiques algériennes dépassent de trois fois celles des marocains et des tunisiens réunis, tandis que la contribution tunisienne représente seulement le dixième de celle des collègues algériens.

Qu'est-il donc advenu ? pourquoi en sommes nous là ?

Y-a-t-il eu en Tunisie une désaffection des cadres pour la Médecine, ou bien des options différentes encourageant les étudiants vers d'autres branches ? Pourtant les besoins énormes en médecins sont évidents et les perspectives du plan décennal le soulignent gravement.

Y-a-t-il eu piétinement — manque d'encouragement — manque de moyens — de motivations — de conditions favorables ? et lesquelles ?

Ou bien sont-ce là véritablement les limites de nos moyens malgré tous les encouragements prodigués aux étudiants pour suivre la carrière médicale ? Et dans ces conditions il faut reconnaître le poids du fardeau qui pèse actuellement sur le corps médical tunisien et en tirer les conséquences si ce n'est que pour ne pas l'accabler injustement ni le décourager davantage.

Sans doute faut-il coûte que coûte essayer de trouver les véritables origines des maux dont nous souffrons les uns et les autres, et en extirper désormais radicalement et sans plus d'hésitation les multiples racines.

(2) A ce chiffre il faudrait ajouter environ soixante dix internes en médecine.

Une telle tâche nécessite le concours de tous et d'abord une prise de conscience aigüe au niveau du Corps Médical dans son ensemble. Des tables rondes au niveau du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et du Secrétariat d'Etat à l'Education Nationale avec au besoin le concours de la Société Tunisienne des Sciences Médicales, à l'échelle aussi du Conseil de Faculté ou à tout autre niveau, seraient certainement les bienvenues pour aider à trouver rapidement les solutions radicales désormais indispensables.

Pour notre part, nous serions heureux si nous pouvions prêter notre concours aux hautes autorités responsables pour les aider à remédier rapidement à un mal qui stérilise si gravement la production médico-scientifique tunisienne depuis de longues années et risque si l'on n'y prend garde, de provoquer un pourrissement total de tous les problèmes qui sont à la base de cette situation.

Certes à l'origine de cette très regrettable conjoncture il y a l'ambiance générale du travail d'un Corps Médical rivé à une tâche harassante et qui, éreinté en fin de journée, n'a plus de ressort pour produire. Il y a aussi pourtant la vocation du chercheur qui, malgré le lourd labeur quotidien observe, compile, analyse et néanmoins parvient à publier. Mais il y a surtout les motivations en vue de toute promotion qui constituent le moteur indispensable à toute activité humaine surtout si elle est aussi ardue au départ.

Ainsi et comme il a été souvent dit en maintes occasions, il est nécessaire que le médecin trouve des encouragements et satisfactions morales et matérielles minima, indispensables à la base de tout effort soutenu de cette envergure, surtout quand cet effort apparaît par lui même déjà si difficile en regard des autres tâches plus prenantes qui sollicitent quotidiennement le médecin tunisien.

Or, en Tunisie, aussi bien pour la médecine publique que privée, les promotions et satisfactions ont été acquises pour le médecin souvent par d'autres moyens et parfois même aux moindres frais, en vertu des besoins urgents et de diverses autres contingences. Mais à l'inverse des efforts soutenus dans ce difficile domaine de la recherche ou même ailleurs, n'étaient pratiquement sanctionnés par aucune distinction.

Ainsi ceux, et ils sont nombreux, qui se sont attelés des années durant à ces travaux de recherche et de publications se sont rapidement découragés car ils se sont rendus compte que cette production si souvent difficile par elle même ne débouchait pratiquement sur aucune sanction.

Il faudra ajouter aussi à ce surmenage constant du plus grand nombre, la paresse intellectuelle de quelques uns et trop souvent hélas les récriminations générales contre le médecin qui découragent si profondément quand elles sont injustes dans la mesure où il est trop facilement considéré comme le seul responsable et l'éternel bouc émissaire de toutes les insuffisances.

Certes, le nombre global des médecins par rapport aux besoins du pays, compte de façon intrinsèque et ne peut quant il est réduit faciliter une production médico-scientifique de quelque valeur. Le nombre joue également de façon géométrique et c'est le cas en Algérie, car en ce domaine, il y a accumulation des valeurs et des compétences lesquelles dans un mouvement en boule de neige entraînent dans leur sillage des équipes de plus en plus nombreuses et structurées, ce qui permet enfin de compte d'approfondir les observations, d'envisager les cas sous leurs divers angles et incidences et finalement d'apporter des travaux qui approchent du niveau international. C'est ce qui semble bien en effet se produire en Algérie où les équipes de spécialistes varient entre cinq et dix collaborateurs ou plus = chose qui est à l'inverse de cette situation du « chef de service » seul ou presque qu'on trouve si souvent et depuis plusieurs années en Tunisie.

Mais ce qui paraît le plus remarquable enco'e en Algérie, c'est l'existence d'un système cohérent, rationnel et dynamique à la base de l'enseignement médical et de la formation aussi bien des jeunes étudiants que des cadres médicaux supérieurs de l'Enseignement, et qui quelque soit sa perfectibilité, et il est certes perfectible, a l'immense mérite d'exister et surtout de fonctionner de manière cohérente, soutenue et à plein rendement.

Certes il n'appartient pas à la Société Tunisienne des Sciences Médicales de trouver à elle seule des remèdes miracles. La solution est du ressort de nombreux autres organismes qualifiés et d'abord elle est affaire de Gouvernement.

Cependant, le problème semble bien se poser en fonction de trois points essentiels qui nécessitent en tout état de cause d'être rapidement approfondis et solutionnés.

Le premier point : concerne la nécessité d'une formation rapide du plus grand nombre d'étudiants en médecine, sans oublier la qualité et la nécessité de ne pas en abaisser le niveau, que la formation du médecin prenne le canal de l'Internat ou de tout autre système permettant les émulations et sélections nécessaires et finalement les différentes promotions au fur et à mesure de l'avancement de la carrière.

Un double impératif concerne donc la quantité et qualité.

A) La quantité : et nous savons qu'au rythme actuel de la production de notre Faculté Nationale de Médecine, 23 étudiants terminant leur cycle d'études l'année prochaine et une centaine se trouvant en première année, on aboutira très vraisemblablement vers 1986 à une situation pire que celle qui prévaut aujourd'hui quant au pourcentage de médecins par rapport au nombre d'habitants. En effet en 1986, la Tunisie aura 7.600.000 habitants, compte tenu du taux actuel d'accroissement démographique dans la perspective même du rythme actuel des freinages que permettent les campagnes du Planning familial. Il faudrait donc pour que nous puissions conserver la proportion actuelle de 1 médecin pour 8 000 habitants, posséder à cette époque 1.000 médecins environ. Comme le nombre total des médecins actuel est de 530 il nous faudrait donc presque 500 médecins supplémentaires. Compte tenu des mises à la retraite, des décès : une moyenne de 8 par an au total, etc... cela revient à dire que pour obtenir en 16 années les 600 médecins nécessaires, nous devons bénéficier régulièrement de la rentrée de 45 nouveaux médecins par an, ce qui est loin d'être assuré. Au surplus, d'ici ces seize années, le nombre des institutioins sanitaires, celui des lits, des dispensaires, aura encore augmenté de même que la complexité et la diversité des techniques médicales d'ailleurs, sans parler de la dispersion des formations sanitaires et des exigences accrues de la population = tous facteurs qui ne feront qu'aggraver la disparité entre le nombre des médecins et l'ampleur des besoins et des tâches auxquels ils seront alors appelés à faire face.

C'est pourquoi et quels que soient les efforts méritoires de tous ceux qui ont eu à présider aux destinées de notre Faculté de Médecine et dont l'action inlassable et le constant dévouement ne sont pas ici en cause, il reste qu'un coup de barre décisif devrait être donné pour orienter davantage encore un nombre considérable d'étudiants vers la Médecine, au moins trois fois plus qu'à l'heure actuelle et ce pour essayer d'améliorer dans une certaine et très relative mesure, les choses, d'ici une quinzaine d'années.

Ainsi 300 étudiants devraient se retrouver en 1970 en première année de médecine comme une récente et très complète étude de notre collègue Chedly TABBANE (Tunisie Médicale de juin 1988) l'a montré, et cela compte tenu de la moyenne des pertes et déchets en cours de route pour permettre d'obtenir pour 1986, la proportion de 1 médecin pour 2.000 habitants environ, chiffre minimum admis par l'O.M.S. pour parvenir à pratiquer une médecine honnête « de qualité satisfaisante ».

Or si ce pourcentage peut apparaître chimérique compte tenu de nos possibilités et des encouragements prodigues jusqu'ici aux étudiants pour suivre la carrière médicale, il faut bien convenir, qu'il faut trouver d'autres moyens pour tenter de s'en rapprocher et d'abord en créant les conditions d'un climat favorable d'encouragement sur tous les plans qui permet aux étudiants de la Faculté de l'Unis d'être toujours plus nombreux — d'autre part aux médecins qui sont sur place de poursuivre leur tâche avec le maximum d'ardeur dans le cadre d'une saine émulation et d'une constante promotion et enfin d'inciter les quelques 500 étudiants en médecine tunisiens qui sont à l'étranger à rentrer dans leur pays. On a parlé il y a 3 ans de 400 étudiants et aujourd'hui de 600 — Ce que l'on sait sûrement c'est que 97 d'entre eux poursuivent des études de spécialités CES, et que leur rentrée devrait être imminente pour les prochaines années.

Ceci concerne le problème de la quantité — du nombre — Or il est évident que nous n'avons pas non plus à former des médecins de qualité médiocre et à tout prix.

B) Sur le plan de la qualité : donc, une nécessaire émulation basée sur des systèmes de sélection précis et rationnels = Internat préalable aux différentes étapes des promotions nécessaires menant jusques et y compris aux sommets de la carrière hospitalo-universitaire doit pouvoir s'instaurer au plus tôt et cela sans s'attarder davantage sur la question des modalités de recrutement des enseignants ou de l'intégration sous certaines conditions et critères de sélection, des médecins assistants et chefs de service hospitaliers actuels. Des décisions rapides doivent être prises au plus tôt dans ce domaine pour assurer la cohésion indispensable en même temps qu'un élan de dynamisme créateur et productif chez les uns et les autres, seul capable de sortir ce problème de l'ornière où il semble jusqu'à présent s'enliser, et permettant la relance nécessaire des énergies et des enthousiasmes dont le pays a un si puissant besoin.

Le deuxième point concerne précisément ce difficile problème de l'encadrement et des enseignants, qu'il s'agisse des chargés de cours, maîtres de conférence, assistants, agrégés ou futurs titulaires de chaire à la Faculté.

De ce point de vue, il est incontestable que les algériens sont allés courageusement de l'avant et qu'ils ont fait appel largement aux meilleurs d'entre eux, tout en veillant au maximum à ne pas abaisser le niveau et en entraînant le maximum de cadres valables dans une saine et fructueuse émulation. Ainsi quelques corrections qu'il y ait à apporter à cette expérience algérienne, et sans doute est-elle et doit-elle être perfectible pour permettre les améliorations toujours nécessaires, il reste que dans l'ensemble elle apparaît comme largement payante et positive pour tous et d'abord pour le malade qui en est le principal bénéficiaire.

En effet, un encouragement constant pour une nécessaire et régulière promotion a permis à nos collègues algériens à la fois de s'atteler à des travaux en profondeur en même temps qu'il favorisait l'encadrement des étudiants et ipso facto la réalisation de meilleures approches diagnostiques et d'une meilleure qualité dans les soins dispensés — ce qui en définitive est le but ultime de toute médecine.

Malheureusement, il semble bien que sur ce terrain de la promotion des cadres et de l'Enseignement médical, nous souffrons en Tunisie d'un double complexe, complexe de supériorité des uns — complexe d'infériorité des autres, qui se neutralisent, annihilent en définitive tous les efforts et constituent **une des raisons majeures (et supplémentaires)** de cette stérilisation quasi absolue de la production médicale en Tunisie, aboutissant à une dispersion des valeurs et très souvent au décuagelement le plus complet et à un scepticisme quasi généralisé :

Situation d'autant déplorable que nous ne pouvons désormais nous permettre de disperser nos rangs, d'épuiser davantage les énergies, de décourager les bonnes volontés ni de briser les élan de tous ceux qui sont prêts à servir, à prêter leur concours pour la relance de la Médecine Tunisienne, étant entendu que des critères précis de sélection resteront toujours à la base des promotions pour conserver au niveau de formation des futurs médecins tunisiens son plus haut standing.

Le troisième point enfin : concerne les conditions de travail — c'est d'une part la question des instrumentations et appareillages d'exploration, de diagnostic et de traitement qui pour nombre de services hospitaliers pêchent par de nombreuses et sérieuses lacunes et insuffisances et demandent toujours de constantes améliorations.

Et à cet égard, nous ne soulignerons jamais assez la nécessité d'avoir une infrastructure suffisante pour les examens biologiques.

Car on ne peut promouvoir la recherche médicale ni une production médico-scientifique de quelque valeur ni même une médecine tant soit peu de qualité, sans la mise en ordre et l'extension du secteur biologique qui en est le support indispensable et cela tant sur le plan d'une formation rapide et rationnelle des cadres que sur celui de l'infrastructure des installations de laboratoires d'analyse, etc...

D'un autre côté il y a toute la question des conditions d'exercice de la médecine hospitalière par rapport à la pratique privée. Et à ce propos, on ne peut ne pas penser au nouveau projet de réforme qui vient d'être mis en place et qui vient d'apporter les aménagements et correctifs nécessaires à l'ancien système du temps plein.

Désormais comme l'on sait, l'exercice de la médecine en Tunisie est défini par :

- le temps plein intégral;
- le mi-temps;
- la libre pratique.

Or, de nombreux médecins qui étaient auparavant plein temps selon l'ancienne formule, ayant aujourd'hui choisi la mi-temps, des problèmes nouveaux se posent de ce fait pour la médecine hospitalière et en particulier pour l'Enseignement et la Recherche.

Certes, dans cette phase de rodage qui suit la mise en train de la nouvelle réforme, il peut paraître sage d'attendre un certain temps pour en apprécier à l'expérience les premiers résultats.

Mais il n'est pas interdit néanmoins de penser à apporter d'ores et déjà plus de souplesse au nouveau système plein temps pour aider à assurer le fonctionnement à plein rendement de nos hôpitaux et permettre ainsi finalement de développer le travail en équipe et de relever le niveau de notre production médico-scientifique.

A cet égard, les différentes expériences qu'ont vécu et que vivent encore les quatre pays du Maghreb doivent constituer les indispensables exemples à méditer.

Ainsi, si l'on envisage en rétrospective les différents systèmes d'exercice de la médecine en Tunisie, au Maroc, en Algérie et en Libye, on voit que chaque pays a eu recours à des systèmes qui se ressemblent sans être identiques et qui se suivent chronologiquement dans un pays donné sans jamais coïncider tout à fait avec ce qui se passe dans l'autre — Cela peut être conforme aux contingences particulières de chaque pays, mais devrait néanmoins comporter les plus utiles enseignements, dans la mesure où des correctifs à droite ou à gauche sont souvent apportés à des systèmes qui dépassent souvent leurs buts soit dans un sens soit dans un autre sans pouvoir cerner tout à fait aux réalités et aux besoins mouvants et grandissants des populations intéressées.

Ainsi par exemple, au Maroc, les médecins, mis à part ceux de libre pratique, travaillent actuellement généralement comme conventionnés dans les hôpitaux de l'Etat pour un salaire assez bas et un horaire inférieur au mi-temps tunisien actuel.

Il s'agirait à peu près semble-t-il de la situation qui régnait en Tunisie avant l'institution en 1960 du mi-temps, première manière. En Algérie par contre, le plein temps intégral, d'une part, le plein temps aménagé d'autre part, pour les enseignants de la Faculté, avec deux après midi de pratique libérale par semaine dans leur cabinet privé, sans pour autant oublier le système mi-temps pour tous les autres — ces trois modalités constituent le trptyque essentiel d'une organisation qui dans l'ensemble semble donner entière satisfaction depuis plusieurs années.

Quant à la Libye, les 1.500 médecins étrangers y travaillent en pratique libre ou encore à mi-temps, rarement à plein temps. Par contre les rares médecins libyens, une dizaine actuellement et on en attend une cinquantaine pour très bientôt, sont des fonctionnaires de l'Etat à qui ils doivent six heures de service public après quoi exerçant à titre privé, ils rendent ce faisant encore service à la population.

En Tunisie, dans ce domaine, nous sommes passés par plusieurs stades. En effet, la mi-temps a été instaurée en 1960 puis ce fut le tour en 1963 du plein temps avec consultation bi-hebdomadaire intra-hospitalière ou dans les cliniques annexes de l'Etat et tout récemment la toute dernière réforme qui devait apporter à ce dernier système de nouveaux et indispensables correctifs — mi-temps et

temps plein intégral strict — Or, de nombreux médecins ayant choisi la mi-temps actuellement, alors qu'auparavant ils travaillaient à plein temps, des problèmes nouveaux extrêmement sérieux risquent de se poser pour le médecin hospitalier et en particulier pour l'Enseignement et la Recherche.

De ce fait, cette question de l'organisation du travail dans les hôpitaux concerne directement la production médico-scientifique dans les années à venir et nous intéresse donc de ce point de vue au premier chef en tant que membres de la Société Tunisienne des Sciences Médicales.

Or, à l'occasion des Tables rondes qui se sont tenues au cours de ces 5^{es} Journées Médicales Maghrébines, il ressort que le meilleur des systèmes semble bien être celui **qui parviendrait à combiner toutes les modalités simultanément**, à savoir :

1^o le plein temps intégral (Tunisie);

2^o le plein temps aménagé à 6 heures de service public et deux après midi de pratique libre en cabinet ou polyclinique (Algérie);

3^o le plein temps aménagé avec 6 heures de service public puis liberté d'exercice en cabinet privé (Lybie);

4^o le mi-temps — (Algérie - Tunisie - Maroc);

5^o la libre pratique (Tunisie - Lybie - Maroc);

6^o la médecine conventionnée (Maroc).

C'est dans la mise en chantier simultanément de ces six possibilités qui pourraient être offertes librement et sans arrière pensée, au médecin au cours de sa carrière, que résiderait la meilleure solution. Car jamais aucun des pays maghrébins n'a eu recours à cette gamme en même temps. Et pourtant la chose mériterait qu'on s'y attarde, surtout à la lumière des récentes expériences tunisiennes en la matière et des insuffisances notoires qu'on décèle à l'examen de l'un et l'autre système quand ils sont appliqués seuls de manière rigide et sans souplesse.

Or, un recours simultané à une gamme aussi diversifiée permettrait de répondre à tous les besoins aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des formations sanitaires, les conditions les plus favorables étant de toutes façons réunies pour encourager la médecine plein temps selon ses trois modalités (1^o, 2^o et 3^o) — le médecin gardant de toutes manières une certaine liberté de mouvement et ayant la possibilité en cours de carrière et en cas de nécessité de passer librement et de son plein gré d'un système à l'autre.

Ainsi à côté de la formule du temps plein intégral strict qui doit de toutes façons être maintenu, pour les disciplines biologiques en particulier, y aurait-il lieu de penser très sérieusement et au plus tôt pour nous, à un temps plein aménagé qui paraît plus adapté pour les disciplines cliniques.

Cette modalité du temps plein assoupli comporterait deux modalités, celle en usage dans les centres hospitalo universitaires algériens = à savoir six heures quotidiennes de service public avec deux après midi de consultations privées en cabinet, en dehors de l'hôpital ou encore, celle que pratiquent les collègues lybiens six heures de service public par jour suivis de pratique privée après ces six heures = formule que beaucoup verront avec faveur et que le Conseil de l'Ordre des Médecins Tunisiens pour sa part avait voilà bientôt deux ans nettement préconisée.

De la sorte les besoins de la médecine hospitalière y compris dans le cadre hospitalo-universitaire seraient pleinement assurés grâce au recours à ces deux formules plein temps offertes simultanément aux médecins et que chacun pourrait choisir à sa convenance : les autres secteurs qui restent assurés par les médecins mi-temps et de libre pratique ne risquant pas de souffrir le moins du monde de la priorité accordée au secteur temps plein dès lors qu'il est aménagé avec suffisamment de souplesse et de clarté.

En dehors de cette solution du temps plein aménagé inclus dans une gamme diversifiée de modalités d'exercice de la médecine déterminées selon un libre choix, nous sommes pour notre part convaincus que les voies qui doivent mener à la relance de la médecine tunisienne resteront impraticables tant pour ce qui est des promotions hospitalo-universitaires et de l'essentielle formation de nos étudiants que pour le niveau et la qualité des soins proprement dits dont tout malade a le droit absolu de pouvoir espérer bénéficier de la part des meilleurs médecins.

Cette élite médicale, le malade doit avoir la possibilité effective de la consulter sans pour autant qu'il soit hospitalisé — chose qui deviendrait obligatoire si le médecin intéressé était temps plein intégral, dans sa formule rigide actuelle.

Or en raison du nombre limité de ces médecins et de la cohorte immense des malades, il faut assurer à ces derniers des horaires suffisants de consultation autour de points fixes.

Au surplus, une formation médicale correcte pour être complète doit pouvoir embrasser à la fois la médecine hospitalière et extra-hospitalière — donc de clientèle, et sur ce point essentiel beaucoup de nos Maîtres ont insisté bien avant nous, car la Médecine est une et la formation médicale doit obligatoirement impliquer la connaissance d'une même maladie dans ses différentes phases dont celles de début restent capitales à dépister, à connaître (pour soi-même) et à enseigner (à l'étudiant).

Si tel médecin et particulièrement l'Enseignant et le futur agrégé sont condamnés à ne voir qu'une certaine catégorie de malades et de maladies, celles des périodes d'état avérées et avancées à l'exclusion de telles autres, que dire alors de leur formation et de l'enseignement qu'ils doivent inculquer aux étudiants ? Ce serait là encore une médecine étriquée et boîteuse, livresque pour beaucoup de ses chapitres et qui bien souvent aura méconnu l'aspect essentiel du dépistage précoce et de la prophylaxie tout autant que l'aspect des post-cures et de la convalescence et toujours celui de la gamme si diversifiée et si essentielle des traitements ambulatoires.

Ainsi, à l'occasion des promotions hospitalo-universitaires, poser comme postulat la nécessité pour tel ou tel d'être temps plein intégral dans sa forme rigide et « aveugle » actuelle, cela équivaudrait à méconnaître gravement les réalités et à aller enfin de compte à l'encontre de l'intérêt des citoyens et peut-être pousser enfin des collègues à opérer des choix douloureux qui ne seraient en définitive dans l'intérêt de personne.

En effet, les critères de sélection pour départager les compétences sont une chose, les modalités « du travail », de l'exercice de la médecine en sont une autre. On ne peut mélanger ni confondre ces deux aspects en conditionnant catégoriquement l'un à l'autre sous peine de brouiller les cartes, de risquer un véritable gachis et d'aboutir au cours de cette opération de sélection à la promotion de l'opportunisme et peut-être à la perte de certaines valeurs et compétences.

* * *

D'autre part on ne peut passer non plus sous silence la question de la Tarification = Car, parallèlement à tout système hiérarchisé qui assure les différentes étapes d'une nécessaire promotion dont le maintien apparaît d'une évidente nécessité, comme il en a été pratiquement en tous temps et en tous lieux, il est non moins certain que sur plan matériel une tarification rationnelle des honoraires médicaux doit être harmonieusement adaptée à cette échelle des promotions. Cette échelle doit refléter la juste récompense à laquelle peut et doit prétendre chaque médecin en fonction de sa valeur, de sa compétence, de ses titres, de sa spécialité même parfois, (et il y en a de fort longues et difficiles).

A cet égard une échelle des hiérarchies très diversifiée, basée sur des critères parfaitement précis se retrouvent un peu partout y compris dans les pays socialistes les plus intransigeants et nous avons évidemment retrouvé cette hiérarchie en Algérie même.

Ces critères pour nous qui sommes formés à l'école française, ne peuvent être mieux définis autrement que dans ce travail monumental et hautement technique qu'est la Nomenclature générale française des actes professionnels des Médecins-Chirurgiens, Sages femmes et Chirurgiens dentistes, dans sa dernière mise au point en date du 30 juin 1964.

Ainsi, par exemple, nous ne comprenons pas et ne pouvons admettre que le professeur agrégé et le chef de service, ne soient pas distingués du simple spécialiste ni que les actes chirurgicaux effectués de nuit soient honorés de la même façon que s'ils l'étaient de jour, ni que l'importance et souvent les difficultés d'une consultation avec un confrère soient, d'un trait de plume, purement et simplement méconnues, ni enfin que certains actes de pratique gynécologique, obstétricale ou chirurgicale soient dans la hiérarchie des valeurs à ce point dévalorisés.

Ainsi pour mieux situer le débat, nous pouvons dire que si les honoraires en valeur absolue devaient être réduits à leur plus simple expression-compte tenu du niveau de vie de la population et de la nécessité de mettre le coût de la médecine à la portée du plus grand nombre, il reste indispensable que soit toutefois établie une échelle suffisamment diversifiée de ces honoraires tenant compte des hiérarchies ainsi que des difficultés et complexité respectives des divers actes médicaux = ce qui n'est évidemment pas le cas aujourd'hui avec la nouvelle tarification qui de toute évidence doit être repensée plus mûrement afin de permettre les indispensables efforts d'émulation et de répondre aux critères de justice et de promotion élémentaires qui sont à la base de toute activité productive à l'échelle des individus et des collectivités quelqu'elles soient.

Simon, ce serait là encore un risque supplémentaire de stagnation dans la médiocrité et l'aggravation de toutes les autres raisons de découragement que nous avons déjà signalé et qui minent si dangereusement le corps médical tunisien dans son rendement et dans son élan productif en vue de la nécessaire et constante promotion de chacun de ses membres.

Au total il importe au corps médical tunisien de prendre une conscience aigue de la situation sous tous ses aspects de faire aussi son autocritique — et désormais de bannir de son sein l'égoïsme et l'individualisme, la zizanie et les petits calculs qui divisent, dépriment et découragent pour ne retenir que ce qui unit et ipso facto nous permet de retrouver avec la dignité — et l'efficacité — une large audience auprès des pouvoirs publics, audience qu'il ne tient qu'à nous de reconquérir pleinement.

Il faut donc sans doute corriger notre méthode d'approche des problèmes, il faut changer d'optique — adopter une autre vision des choses puisque jusqu'ici celle qui a prévalu n'a pas abouti à tous les résultats positifs que l'on pouvait escompter et espérer.

Mais d'un autre côté et en tout état de cause le problème restera pour les pouvoirs publics de savoir à l'heure actuelle = préserver ce précieux capital qu'est ce corps médical tunisien déjà insuffisant en nombre et en qualité et qui risque de se décourager davantage s'il continue à être en butte à autant d'obstacles et de difficultés.

Il s'agira de sauvegarder coûte que coûte le faible potentiel qu'il représente et dont dispose heureusement le pays, en en prenant le plus grand soin, en l'entourant des conditions favorables maxima, pour augmenter la capacité et la qualité de son rendement.

Il faudra savoir assurer enfin à ce corps médical une mobilité maxima, pour lui permettre de répondre à tous les besoins car ces besoins sont aussi infinis que ne l'est la diversité des problèmes techniques et humains que posent à chaque instant la santé de nos populations.

En tout état de cause il faudra surtout savoir faire confiance à ce corps médical si souvent bousculé et traumatisé et ne pas lui intenter à chaque coup à l'occasion de l'élaboration de toute nouvelle disposition législative, un procès d'intention, en lui faisant supporter à priori tous les errements possibles et tous les excès éventuels ou passés de certains de ses membres.

A cet égard il faudra coûte que coûte veiller à ne plus poser comme postulat « la mauvaise foi, la malhonnêteté ou la malfaçon du médecin » et en conséquence légiférer et réglementer l'organisation des soins, mais bien inverser radicalement la formule, poser d'abord et en premier lieu l'intérêt de cela, légiférer et organiser... Et si en cours plus en plus complexe et hiérarchisée... et en fonction des populations, les exigences d'une médecine de route des abus ou des manquements apparaissent, les sanctionner alors avec une extrême fermeté à défaut de pouvoir y parer selon les circonstances par les moyens les plus appropriés.

Mais nous pensons en revanche que le corps médical tunisien ne doit pas pour autant éluder ses responsabilités sous prétexte qu'il est submergé par l'ampleur de la tâche qui lui incombe.

Il se doit de serrer les rangs davantage, de retrouver une cohésion désormais vitale pour lui et plus que jamais de redoubler d'efforts en vue d'une prise de conscience radicale de tous les problèmes afin qu'il participe toujours plus activement à leur solution.

De la sorte, il trouvera rapidement les moyens de relever chaque jour davantage le niveau de notre médecine, de rehausser la qualité de notre production médico-scientifique et... en attendant de... préparer activement une pleine et éclatante réussite aux VI^{es} Journées Médicales Maghrébines qui se tiendront au printemps prochain à Tunis.

Dans cette perspective, les médecins tunisiens espèrent fermement trouver auprès des hautes autorités responsables toute la sollicitude, toute l'assistance et tous les encouragements que requièrent à la fois l'urgence et le sérieux des problèmes auxquels ils ont désormais à faire face.

N° 4

Juillet-Août 1969

المجلة الطبية التونسية

LA TUNISIE MEDICALE

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

18, Rue de Russie — TUNIS — Tél. 245.067

Secrétaire de Rédaction
Néjib MOURALI

IN

anabolis

PROPRIETE

- augmente la protéique
- favorise la

ERRATUM : Dans l'article : **Eléments de pronostic et évolution des cancers du col utérin au stade II**, paru dans le n° 3, mai-juin 1969, vol. 47, les légendes des schémas, p. 148, sont à rétablir comme suit :

1^{re} série au lieu de **proximal** il faut lire **distal**.

2^{me} série au lieu de **distal** il faut lire **proximal**.

lécule

INDICATIONS

- prématurité, hypotrophie du nourrisson
- retard de croissance, insuffisance pondérale
- dénutrition de l'adulte et du vieillard
- asthénie, anorexie, convalescence.

aucune contre-indication

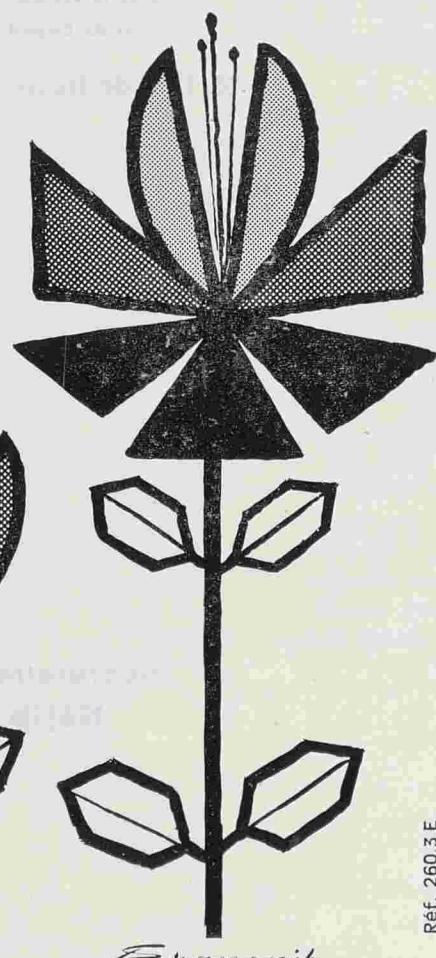
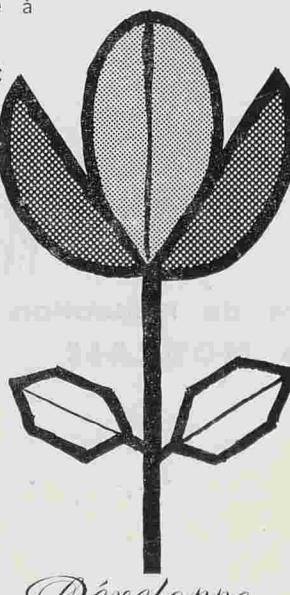
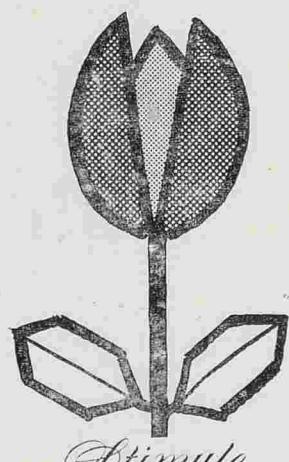
POSOLOGIE

1 à 4 capsules par jour, pendant 10 à 30 jours consécutifs (chez les nourrissons et les jeunes enfants, le contenu des capsules sera mélangé aux aliments).

PRÉSENTATION

flacon de 14 capsules dosées chacune à 1000 mcg de principe actif.

- tableau C



Réf. 2603 E

SOMMAIRE

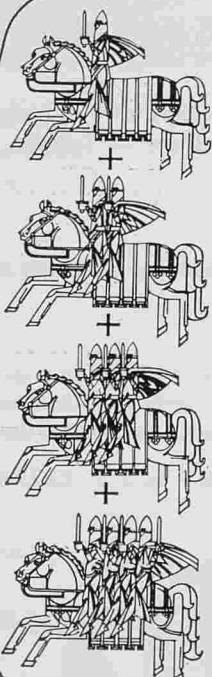
<i>Les grands brûlés,</i> par G. PESSERAU (Paris)	215
<i>Traitemennt des hypertensionns de gravité moyenne ou sévère par le Tenserlix,</i> par M. BEN ISMAIL, M. ALOULOU et J. P. LABORDE	229
<i>Que faire d'un malade porteur d'adénopathie cervicale dite chronique</i> (Problèmes posés par 296 malades observés à l'Institut National de Carcinologie de Tunis), par A. ZAOUCHE et J. BRUGERE	235
<i>Les Cancers du Cavum en Tunisie</i> (A propos de 138 cas observés à l'Institut National de Carcinologie de Tunis), par A. ZAOUCHE et J. BRUGERE	239
<i>Maladie d'Albers Schonberg</i> (A propos de 3 cas découverts dans une même famille), par A. KAMOUN, A. BEN ATTIA, K. TOCHEV et J. P. LELOUCHE	253
<i>Calcinose</i> (A propos d'un cas chez un adolescent de 17 ans), par A. KAMOUN, A. CHARRAD, M. AZAIZ, K. TOCHEV et M. KHLIF	263
<i>A propos d'un cas de maladie de Gaucher,</i> par R. BEN OSMAN, Mme I. ZAIMI et V. A. TOMA	269
<i>Les Helminthiases et leur traitement (suite),</i> par M. GARGOURI	275
— Résumés de la Société Algérienne de Pneumo-Phtisiologie	281
— Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie — Liste des médecins inscrits au Tableau	285
— Société Tunisienne des Sciences Médicales — Liste des membres titulaires	292
INFORMATIONS :	
Prix Chibret — Journées Médicales du Proche et Moyen Orient — Enseignement de statistique en médecine et en biologie — Congrès de l'Union des Médecins Arabes	293

*du rhinopharynx
à l'alvéole,*

Tétrasillex

capsules
sirop
*libère l'infecté
respiratoire*

4
effets
en
1



antibiotique
fluidifiant
antitussif
eupnéique

Tétrasillex, une posologie simple, celle de la tétracycline

1 ou 2 capsules (250 ou 500 mg de tétracycline)
chez l'adulte.

1 ml de sirop par 5 kg de poids
soit { petites mesures (1 ml) de sirop
chez l'enfant jusqu'à 1 an.
1 grande mesure (2 ml) de sirop
ou chez l'enfant de 1 an à 8 ans.
2 cuillers à café (5 ml) de sirop
chez l'enfant au-delà de 8 ans.

4
fois
par
jour

Eviter les surdosages en sirop chez les sujets atteints d'affections rénales ou hépatiques.

COMPOSITION — Pour une capsule : Tétracycline 250 mg, Glycérylglycéracol 50 mg, Codéine 7,5 mg, Nébulisat de drosera 10 mg, Poudre de lobélie 25 mg — Pour 100 ml de sirop : Tétracycline 2,5 g, Benzoate de sodium 1,25 g, sulfoglycéracol 1,25 g, Sirop de toul 85,875 g, Teinture de drosera 0,937 g, Teinture de lobélie 0,675 g.

INDICATIONS — Affections des voies respiratoires et de la sphère O.R.L. Bronchites aiguës et chroniques, pneumopathies ; Rhino-pharyngites, rhino-trachéo-bronchites ; Angines, adénoidites, amygdales, laryngites, trachéites, otites, sinusites ; Asthme, broncho-emphysème, dilatation des bronches • Complications respiratoires des maladies infectieuses, en particulier de la grippe • Complications infectieuses des interventions chirurgicales portant sur l'arbre respiratoire et la sphère O.R.L.

PRÉSENTATION — Capsules : boîte de 16, P. Cl. 16 - Sirop : flacon de 125 ml P. Cl. 13 - flacon de 60 ml P. Cl. 7 - S.S. - Art. 115 - AMG

9/67 M

ORG



LABORATOIRES
SUBSTANTIA
92 SURESNES



Hextril

pour bains de bouche et gargarismes

■ **La gorge et ses complications :**

Angines et affections saisonnières, en particulier grippales.

■ **La bouche et ses complications :**

Gingivites et stomatites, en particulier aphéuses.

■ **La dent et ses complications :**

Extractions, pyorrhée et abcès.

■ **Tous soins pré et post-**

**opératoires en O.R.L.
et stomatologie.**

Posologie

Bains de bouche ou gargarismes 2 ou 3 fois par jour, ou plus si nécessaire, avec une cuillerée à soupe d'**Hextril pur**, ou applications locales à l'aide d'un tampon de coton. A ne pas utiliser chez les nourrissons (moins de 30 mois).

Présentation : Hexétidine soluté à 0,1 %

Flacon de 200 ml.

Prix cl. 4 - S.S. - Art. 115 - A.M.G. et Coll.



LABORATOIRES
SUBSTANTIA
SURESNES (Hts-de-Seine)

L'Inocine

(chlorhydrate de lincomycine monohydraté)

antibiotique nouveau

singulièrement actif sur les cocci Gram +

INDICATIONS

**infections aiguës, chroniques ou récidivantes à Gram +,
en particulier à staphylocoques, pneumocoques,
streptocoques.**

PRSENTATION

Injectable :

1 ampoule de 2 ml contenant 600 mg de lincomycine base

- formule centésimale :

lincomycine base (sous forme de chlorhydrate monohydraté) 30 g

alcool benzyllique 0,945 g

eau distillée Q.S.P. 100 ml

P. Cl. 7 - Tab. C. - Remb. S.S.

gélules :

flacon de 4 gélules contenant chacune 500 mg de lincomycine base.

- formule :

lincomycine base (sous forme de chlorhydrate monohydraté) 500 mg

excipient Q.S.P. 1 gélule

P. Cl. 11 - Tab. C - Remb. S.S.

POSÉLOGIE

intra - musculaire

adulte : 600 à 1200 mg/24 h

enfant : 10 à 20 mg/kg/24 h

intra - veineuse en perfusion
exclusivement

adulte : 1200 à 1800 mg/24 h

enfant : 10 à 20 mg/kg/24 h

voie orale :

adulte : 1500 à 2000 mg

(soit 3 à 4 gélules) par 24 h

enfant : 30 à 60 mg/kg/24 h

(les gélules seront absorbées de préférence loin des repas, une heure avant ou deux heures après).

Ref 360.2

LABORATOIRES

Upjohn

1 PLACE D'ESTIENNE D'ORVES PARIS (9^e) 744-63-59

LES GRANDS BRULÉS.

Tactique thérapeutique et pronostic.

par G. PESSEREAU (1)

Le préalable à toute organisation concernant les brûlés doit reposer sur une doctrine de traitement bien établie qui permet de régler la mise en condition du blessé, son évacuation vers des Centres habilités à les traiter et plus loin, exceptionnellement, en cas de catastrophe, l'organisation des secours en fonction de bases médicales connues et des moyens logistiques possibles.

I. — LA MISE EN CONDITION

Elle représente dans la chaîne des soins le geste essentiel de base, elle reste pour la majorité des cas l'acte du médecin généraliste, premier appelé, dont les décisions immédiates pèsent lourd à l'heure du pronostic.

Nous avons tous tellement cru à l'importance de ces soins d'urgence que le Professeur CARRA a choisi ce sujet pour thème d'un séminaire.

De ce jour date une doctrine suffisamment simple pour être d'application pratique, suffisamment efficace pour permettre l'évacuation avec les meilleures garanties de sécurité.

En fait, quatre gestes dominent la scène :

- Lutter contre l'hypovolémie;
- Lutter contre l'hypoxie;
- Eviter la surinfection;
- Surveiller la réanimation.

LA LUTTE CONTRE L'HYPOVOLEMIE.

Dans la brûlure *l'œdème sous lésionnel est immédiat*. Il traduit l'exhémie plasmatique génératrice du choc. Ce phénomène impose l'horaire et c'est dans la première heure qui suit la lésion qu'un brûlé doit être traité. Un seul traitement : la perfusion.

(1) Professeur agrégé DU VAL DE GRACE (Paris). Conférence tenue à Tunis, le 18 avril 1969, sous l'égide de la Société Tunisienne des Sciences Médicales et illustrée par le remarquable film sur les grands brûlés, présentée par le Laboratoire Roger Bellon.

Que perfuser et combien perfuser sont les deux questions qui viennent à l'esprit. Classiquement l'importance des perfusions est fonction du poids et de la quantité de surface brûlée. Nous avons pensé rapporter les quantités liquidaines uniquement au poids pour deux raisons : son estime est plus facile, elle évite les manipulations infectantes. Les règles sont les suivantes et valent pour les 6 premières heures :

— 150 ml de macromolécules par 10 kg de poids pour la première heure.

— 300 ml de solutés à majorité alcalins dans les 5 heures qui suivent.

En fait, cette formule très proche de la règle d'Evans, se rapproche de la classique moitié des perfusions nécessaires dans les 24 premières heures pour un adulte de 70 kg brûlé à 35 %.

Le choix des liquides aura lieu en fonction des possibilités :

Pour les macromolécules l'idéal reste le sérum albumine humaine; l'excellent plasma fait courir un risque minime (mais toujours possible) d'ictère viral; les macromolécules industrielles sont efficaces, elles peuvent souvent suffire et doivent répondre à trois qualités essentielles :

- Tenir le lit vasculaire;
- Etre neutre vis-à-vis de la crise sanguine;
- Observer une stricte atoxicité rénale.

Le choix des solutés pour leur part, doivent éviter l'hypochloration par surcharge chlorurée sodique et éviter l'action osmotique des cristalloïdes à forte concentration. Il est évident par ailleurs que les solutés de remplissage tamponnés sont appelés à trouver un écho très favorable.

LA LUTTE CONTRE L'HYPOXIE.

Libérer les voies respiratoires (après une explosion chez un polytraumatisé grave). Luxer la mâchoire d'un comateux et veiller à ce qu'il n'encombre pas ses voies aériennes au cours d'un vomissement.

Enfin donner de l'oxygène (sonde nasale ou lunette de Cambridge).

Eviter la surinfection.

C'est d'abord prescrire les manipulations, les drogues locales inefficaces et intempestives, les pansements compliqués après des déshabillages laborieux. Sur place il faut « emballer » le brûlé dans un drap propre ou mieux stérile, voire un drap de papier stérile, ou dans un pansement spécialisé.

Surveiller la réanimation.

Les mécanismes de régulation mis en œuvre par l'organisme font que les constantes cardio-vasculaires peuvent répondre avec un certain retard aux spoliations volémiques.

Dans ces conditions la meilleure surveillance d'une bonne réanimation demeure la mesure de la diurèse horaire.

Il est bien évident qu'elle nécessite une sonde à demeure et que cette *mise en place* est proscrite si toutes les conditions d'asepsie ne sont pas réunies. On sera donc réduit le plus souvent pour des raisons de sécurité à s'en tenir aux mesures du pouls et de la tension artérielle.

Cette loi, que CARRA a baptisée la loi des trois tubes, doit être appliquée dans l'heure qui suit la brûlure :

- Au centre de traitement des brûlés.
- Dans le service hospitalier le plus proche
- Ou sur place si les délais d'évacuation excèdent 1 heure.

En plus de ces gestes systématiques à appliquer dans tous les cas, quatre impératifs s'imposent, quels que soient les délais envisagés par ailleurs.

1^o Les brûlés au phosphore.

Quatre gestes particuliers :

— Recouvrir immédiatement les plaies d'un pansement humide stérile pour stopper la combustion des particules.

— Neutraliser les particules par un lavage avec une solution de sulfate de cuivre à 5 % et pratiquer l'ablation de ces particules (ce geste n'est jamais oublié).

— Neutraliser l'acide phosphorique libéré, avec une solution de bicarbonate de soude à 7 % (geste rarement pratiqué).

— Enfin proscrire formellement tout pansement gras qui favorise la diffusion de l'acide phosphorique, donc l'hépato-néphrite toxique.

2^o Les brûlés par caustiques doivent être largement lavés le plus vite possible pour stopper l'action agressive du produit et l'éliminer mécaniquement.

Dans ce cas particulier, et comme l'a montré Madame CARA FEURTON, quelle que soit l'étiologie acide ou basique de l'agent lésionnel, des compresses imbibées de THAM stoppent l'évolution nécrosante et permettent même une involution des lésions.

3^o Les brûlés en détresse respiratoire à la suite de troubles créés par la brûlure ou dépendant de traumatismes associés dont l'assistance doit précéder l'évacuation et se poursuivre pendant celle-ci.

4^o Enfin les brûlures circulaires des membres.

Qui imposent des débridements axiaux en milieu hospitalier pour éviter les troubles ischémiques.

Ainsi peut se définir par des gestes précis une tactique logique d'évacuation.

II. — L'EVACUATION DU BRÛLÉ

Sous réserve d'une bonne mise en condition préalable, de la continuité ininterrompue des perfusions pendant le trajet et d'une surveillance médicale stricte, aucun obstacle ne se dresse contre l'évacuation d'un brûlé.

De tous les moyens d'évacuation, la voie aérienne paraît la meilleure. Souple, disponible dans toutes les conditions avec les moyens modernes, elle associe la rapidité au confort. Dans tous les cas il faudra calculer la durée en heures et non pas en kilomètres, surtout lorsqu'il s'agit de moyens terrestres qu'il faut réservé aux petites et moyennes distances.

Lorsque le service de santé des Armées a ouvert un Centre de traitement des brûlés à l'Hôpital Militaire Percy, à Clamart, nous avons choisi l'évacuation aérienne systématique de tous nos blessés sur le Centre. Nos malades étaient mis en condition dans un hôpital de Base, puis, évacués par avion, sous contrôle médical. Les quelques tableaux qui suivent résument le bilan de cette opération.

Nous avons reçu à l'H. M. I. Percy 619 brûlés âgés de 1 an 1/2 à 50 ans, dont le tableau suivant donne une répartition géographique en fonction de l'étendue des lésions et une idée générale des délais

d'évacuation qui varie de 5 heures à 15 heures pour l'Afrique noire suivant qu'il s'agit d'avions à pistons ou de « jets ».

TABLEAU I
Résultats de nos évacuations

Origine	Pourcentage de surface brûlée				Total	Délai moyen de vol
	20 %	21 à 40 %	41 à 60 %	61 %		
A. F. N.	210	154	53	30	447	5 h
Métropole	137	16	6	3	162	2 h 30
Allemagne	0	3	1	0	4	3 h
Afrique Noire	1	3	0	3	7	5 à 15 h.
Total					620	

TABLEAU II
Montre les délais d'arrivée au Centre

Horaire d'arrivée au Centre	Pourcentage de surface brûlée				Total
	20 %	21 à 40 %	41 à 60 %	61 %	
Avant la 36 ^e heure	172	81	37	32	322
Entre la 36 ^e h et le 5 ^e jour ..	23	27	14	3	67
Après le 5 ^e jour	153	68	9	1	231
Total					620

Complément du précédent, paraît indispensable.

Nous avions recommandé d'éviter les évacuations entre la 35^e heure et le 5^e jour de peur que le voyage ne trouble la résorption de l'exosérose et n'aggrave l'état du blessé.

Les chiffres prouvent que ces craintes n'étaient pas fondées. Il faut cependant noter que les séries étaient peu comparables. Le test du pourcentage de surface brûlée est pratique mais faux, tous nos brûlés évacués précocement à surface corporelle lésée égale, étaient plus gravement touchés :

- soit du fait de la qualité de la brûlure;
- soit du fait des lésions traumatiques associées (72), soit 17,1 % (14 morts);

— soit du fait de détresse respiratoire.

Ceci explique le 10,8 % de mortalité chez les évacués précoces, mais n'infère en rien le fait qu'une évacuation aérienne n'est pas plus dangereuse après la 36^e heure. Ce tableau fort trompeur par ailleurs tendrait à prouver ce paradoxe que plus l'évacuation est tardive moins les risques sont grands. En fait, la sélection de nos évacués du 5^e jour s'était faite ailleurs et ces brûlés évacués tardivement présentaient des complications importantes sous forme de surinfections souvent graves, et c'est de septicémie que sont morts les trois brûlés de cette série.

TABLEAU III

Horaire d'arrivée au Centre	Pourcentage de surface brûlée				Total
	20 %	21 à 40 %	41 à 60 %	61 %	
Avant la 36 ^e heure	172	81	37	32	322
	0	4 (4,7 %)	15 (40,5 %)	22 (68,7 %)	41 (10,8 %)
	23	27	14	3	67
Entre la 36 ^e h et le 5 ^e jour	0	0	0	3 (100 %)	3 (4,4 %)
	153	68	9	1	231
Après le 5 ^e jour	0	3	0	0	3 (1,3 %)

TABLEAU IV

Lésions traumatiques associées	Nombre
Contusions crânio-encéphaliques	16
Fractures de membres	29
Plaies de parties molles	8
Fractures de la colonne vertébrale	2
Fractures de côtes	1
Blast	
Poumons	16
Locaux	—
Total	72

Il détaille les 72 lésions traumatiques associées chez les évacués précoce (14 morts parmi eux), aux brûlures et qui ont grevé largement la mortalité

Il permet de résumer l'incidence de l'évacuation sur l'état des brûlés.

Etat satisfaisant :

— Constantes cardio-vasculaires et respiratoires normales.

— Diurèse normale.

— Conscience intacte.

Etat moyen :

— Petite chute tensionnelle jugulée par 2 ou 3 unités d'albumine.

— Agitation ou confusion.

— Polypnée à 20-24/heure.

— Diurèse diminuée à 30 ml/heure.

Etat médiocre :

— Obnubilation.

— Collapsus et oligurie inférieure à 20 ml/heure.

— Troubles respiratoires avec dérèglement neuro-végétatif.

En fait, 88,2 % des sujets arrivent dans un état satisfaisant.

— A signaler deux décès dans l'avion.

— Deux brûlés, l'un à 50 %, l'autre à 60 %, tous deux porteurs d'une contusion crânio-encéphalique grave et trachéotomisés.

TABLEAU V

Provenance	Etat à l'arrivée	Pourcentage de surface brûlée				Total
		20 %	21 à 40 %	41 à 60 %	61 %	
A. F. N. (5 h)	Satisfaisant	202	130	41	13	386
	Moyen	8	17	6	1	32
	Médiocre	0	7	6	16	29
Métropole (2 h 30)	Satisfaisant	137	13	1	2	153
	Moyen	0	9	3	0	6
	Médiocre	0	0	2	1	3
F. F. A. et Afrique Noire (3 h à 15 h)	Satisfaisant	1	5	1	1	8
	Moyen	0	1	0	1	2
	Médiocre	0	0	0		1

TABLEAU VI

Lieu du traitement		Pourcentage de surface brûlée		
		20 %	21 à 40 %	(41,6 %)
E. O.	Brûlés traités	1.384	247	111
	Décès	1 (0,07 %)	26 (10,5 %)	106 (95,5 %)
Percy	Brûlés traités	348	176	96
	Décès	0	7 (4,5 %)	40 41 %

TABLEAU VI bis

Lieu du traitement		Pourcentage de surface brûlée		
		41 à 60 %	61 à 69 %	70 %
E. O.	Brûlés traités	66	18	27
	Décès	61 (92,4 %)	18 (100 %)	27 (100 %)
Percy	Brûlés traités	60	15	21
	Décès	15 (25 %)	13 (86,6 %)	21 (100 %)

Les résultats comparatifs du Centre de l'Hôpital Percy et des brûlés traités sur place en Extrême-Orient montrent le bien-fondé de traiter ce genre

de blessés en Centre spécialisé même au prix d'une longue évacuation.

CONCLUSIONS

Il est possible d'évacuer un brûlé par voie aérienne sur de longues distances sans lui faire courir de risques.

— Les complications au cours du vol ne se rencontrent que chez les brûlés graves et sont beaucoup plus le fait de la brûlure que du vol en haute altitude.

— La diurèse est toujours conservée quelquefois paradoxalement par l'artifice physiologique (que l'on commence à percer) du vol.

— Le potentiel d'action médical est conservé au cours de l'évacuation, si bien que l'on peut conclure avec le directeur du Service de Santé des Etats-Unis d'Amérique qui disait en 1943 : « Parmi les moyens qui permettent de sauver des vies humaines, l'évacuation aérienne est à placer sur le même plan que le plasma et la pénicilline ». Mais ceci à une condition : celle de se mettre d'accord sur une tactique commune permettant de codifier :

- la relève;
- la mise en conditionnement;
- l'évacuation des blessés pour lesquels toute improvisation risque de friser l'incohérence et d'aggraver l'évolution, surtout en cas de catastrophes.

III. — PRONOSTIC ET TACTIQUE SANITAIRE

Si la tactique sanitaire normale repose uniquement sur des bases médicales et se trouve par définition appliquée sans restriction, il en est autrement du climat des grandes catastrophes ou des circonstances possibles du temps de guerre éventuel.

Dans ces conditions exceptionnelles nous risquons de nous trouver en face de solutions inextricables où, à l'afflux simultané important de blessés

ne correspondent que des moyens limités de traitement.

En fait, face à un afflux massif de brûlés et de blessés, les réponses répondent à des normes logistiques de rendement des équipes et de possibilités de soins.

— Le rendement horaire d'un chirurgien entraîné :

- triage : 20 couchés ou 60 blessés assis;
- opératoire : 1 abdomen peu compliqué, 1 ou 2 fractures ouvertes, 3 ou 4 plaies des parties molles.

— Les besoins thérapeutiques pour soigner 1 000 brûlés à 30 %, à pansement fermé et par une rééquilibration volémique classique permet à BOWERS d'avancer les chiffres suivants :

- Pansements : 2.587 kgs sous un volume de 25 m³,
 - Liquides : 10.056 kgs sous un volume de 432 m³,
- soit un train de marchandise de 100 mètres de long.

Voici les moyens face aux bilans connus ou possibles

— Le rappel de base reste Hiroshima : 300.000 habitants :

- 80.000 morts;
- 15.000 disparus;
- 70 000 blessés dont 35.000 brûlés.
- 90 % des médecins tués;
- 42 hôpitaux détruits sur 45;
- 80 % des moyens thérapeutiques anéantis.

Quelques précisions classiques permettent cependant de penser qu'aujourd'hui comme hier le bilan serait lourd avec une arme nucléaire.

TABLEAU VIII

Puissance	Population	Nombre de morts	Indemnes	A évacuer	Brûlés
20 KT	4.000 h	425	1.675	1.900	630

TABLEAU IX

Puissance	Distance PtO	Morts immédiats	Indemnes	A évacuer
10 Méga T	0 à 5.000 m	95 %	0	5 %
	5 à 6.000 m	60 %	0	40 %
	6 à 15.000 m	20 %	10 %	70 %
	15 à 20.000 m	5 %	45 %	50 %

Pour le Médecin-Colonel Paul HAYES, une attaque thermonucléaire pourrait se solder par 10.000 à 500.000 blessés.

— 65 % atteints de blast et d'effets mécaniques secondaires de la bombe.

— 20 % de brûlés.

— 15 % atteints par les radiations, soit en fait de 2.000 à 100.000 brûlés.

Face à ces chiffres des possibilités précaires :

-- Il eut fallu 35 heures de triage à 10 médecins pour venir à bout des brûlés d'Hiroshima.

— Une équipe chirurgicale opère de 15 à 25 blessés par 24 heures. Pour traiter 50.000 blessés en 24 heures, il faudrait 2.000 chirurgiens.

— REINE calcule que si 800 blessés arrivent dans un hôpital servi par 8 médecins et 40 infirmiers, 100 seulement seront opérés après 24 heures de travail continu.

Reste l'évacuation dans la mesure où elle est possible.

Pour évacuer par la route toute la population de San-Francisco par le pont de Golden Gate, il

faudrait 72 heures. En hélicoptère, d'après BOWERS, pour une rotation de 30 minutes (de jour seulement) avec 2 couchés et 1 assis, il faut pour évacuer 1.000 blessés 1.368 hélicoptères en 1 jour ou 463 en 3 jours.

Ces chiffres fastidieux, ces données angoissantes aboutissent toujours au même déséquilibre vertigineux entre des besoins immédiats énormes face à des moyens très limités, avec en toile de fond, les mêmes constantes invariables des nécessités thérapeutiques et du rendement chirurgical.

Ces faits imposent dès lors un choix qui pour être logique doit se référer à des bases médicales valables :

LES CRITERES DE TRIAGE :

A) *Le pourcentage de surface brûlée.*

La première cause la plus connue d'indice de gravité d'une brûlure est incontestablement le pourcentage de surface brûlée.

La première preuve statistique globale, celle de RHIEL parue en 1931 et rapportant 2.327 brûlés traités à Vienne de 1905 à 1930 donne les chiffres suivants :

TABLEAU X

Surface brûlée	Pourcentage de mortalité
de 0 à 8 %	3 %
de 8 à 20 %	65 %
au-dessus de 20 %	99 %

B) *La notion de l'âge.*

Plus tard BULL et ses collaborateurs de Birmingham exploitant une statistique de 2.807 brûlés soulignaient l'importance de l'association âge et coefficient de surface brûlée dans le déterminisme de la mortalité.

De cette étude statistique fut tirée une formule à valeur pronostic.

En fait ce moyen de pronostic qui nous est offert n'est valable qu'en fonction de statistiques définies, raisonnable en proportion de l'importance de ces statistiques.

De toutes façons cette manière de voir est insuffisante, car elle ne tient compte que de l'âge et de la surface brûlée alors que d'autres éléments entrent en ligne de compte dans le pronostic de gravité.

Reste à définir sur cette équation de base solide les causes de mortalité dans le contexte des éléments associés d'aggravation chez les brûlés.

J'ai retenu 4 causes d'aggravation :

- les causes de la brûlure;
- les traumatismes associés;
- les tares préexistantes;
- l'évolution ou l'évolutivité des lésions :
 - le choc au moment de l'évolution primaire : Ep.;
 - soit dans la phase secondaire, lorsque le brûlé est vu très tard.

C) *La gravité suivant les causes de brûlures.*

Le tableau suivant tiré de nos propres statistiques permet une vue d'ensemble de ces gravités.

TABLEAU XI

Causes	Surface						Total
	20 à 30 %	30 à 40 %	40 à 50 %	50 à 60 %	60 à 70 %	> 70 %	
Essence	4	3	3	7	7	9	33
Mine		1	1	1		1	4
Huile bouillante . .						1	1
Brûlure par explosion		1			3		4
Explosif au phosphore	2	1		1			5
Hélicoptère (essence + Mg)				1	2	1	4
Électricité				1			1
Total	6	6	4	11	81	12	52

Si, dans ce tableau, le taux de mortalité le plus élevé est dû à des brûlures par essence, il n'est pas pour autant logique de donner à cette étiologie, en dehors des possibilités d'asphyxie surajoutée qui sont rares, une note de gravité trop particulière. Le pourcentage très important des surfaces brûlées chez ces blessés, traduit en lui-même la gravité première de ces lésions par essence qui brûle en nappe, sur de grandes surfaces avec souvent des imprégnations vestimentaires qui propagent et entretiennent le feu.

LES TRAUMATISMES ASSOCIES

Nos statistiques sont actuellement les suivantes :

— sur 78 brûlés traumatisés : 18 morts, soit 23 %;

— sur 62 brûlés non traumatisés : 60 morts, soit 78 %.

Cette aggravation se chiffre d'elle-même par une augmentation du taux de mortalité de 15,2 %.

Si la lésion traumatique isolée d'un membre ne semble pas un facteur aggravant très appréciable chez un brûlé moyen, tout au moins tant qu'il ne s'agit pas de fracture du fémur ou de luxuation de la hanche, il en est tout autrement pour certains groupes de traumatisés.

Les polytraumatisés bien sûr, mais aussi 2 groupes bien particuliers :

Les blastés :

sur 12 blastés : 7 morts,

5 guérisons.

Parmi les 5 guérisons on note :

- une brûlure au maximum de 23 %,
- un blast léger,
- l'absence de blast cérébraux et de phénomènes comateux.

Les traumatisés crâniens :

- sur 22 traumatisés crâniens : 7 morts.

Tous d'ailleurs polytraumatisés graves et brûlés sérieux, 40 à 60 %.

Dans ce contexte difficile, le traumatisme aggrave le pronostic, en favorisant tout d'abord la gravité de la brûlure chez un sujet qui ne peut ni fuir, ni se défendre contre le feu.

LES TARES PREEEXISTANTES

Signalées par tous, elles sont soulignées par DECOULX dans les causes de mort. Deux sont plus particulièrement à retenir :

- la cirrhose alcoolique du foie surtout,
- puis la néphrite chronique.

L'EVOLUTION

Que le brûlé soit vu en période primaire avec un retard plus ou moins important de réanimation ou, plus rarement, en cas de catastrophe (mais sait-on jamais ?), plus tard au cours de la période secondaire et compliquée (l'infection surtout qui est cause de 50 % des cas de mort de brûlés dont le pronostic de gravité est d'autant plus important que la brûlure est plus étendue).

Ces notions doivent être retenues comme des facteurs d'aggravation.

IV. — CONCLUSIONS

Les auteurs américains ont déjà proposé des barèmes de triage en cas d'afflux massif de brûlés : (ARTZ et PILLSBURY).

TABLEAU XII

Pourcentage de surface brûlée	Décision
Au-dessus de 40 %	Mort probable (certaine au-dessous de 18 mois et après 50 ans).
Entre 15 et 40 %	Traitements hospitalier.
Au-dessous de 15 % ou brûlures superficielles jusqu'à 20 %	Traitements ambulatoires sauf si les localisations entravent les actes nécessaires à la vie (face et extrémités).

(AMSTRONG)

TABLEAU XIII

Pourcentage de surface brûlée	Décision
Jusqu'à %	Traitements externe ambulatoire (avec éventuel regroupement dans un Centre et hébergement pour les localisations gênant les actes de la vie courante : extrémités et face).
De 10 à 20 %	Soins médicaux, puis surveillance par des auxiliaires.
De 20 à 40 %	Hospitalisation.
Au-dessus de 40 %	Antalgiques.

Je dois avouer que, pour ma part, un triage établi sur un facteur isolé, au milieu d'un faisceau d'éléments délibérément écartés, risque d'être un choix de mauvaise qualité.

Le chiffre arbitraire de 40 % de la surface corporelle brûlée ne correspond d'ailleurs pas à grand-

chose. BULL et ses collaborateurs nous ont montré depuis longtemps qu'entre 45 et 64 ans, la mortalité des brûlés de cette importance était de 80 %. S'en tenir à ces chiffres, c'est risquer de créer des Centres où il y aurait 100 % de mortalité, ce serait aller absolument à l'opposé du but recherché.

TABLEAU XIV

Surface brûlée	Taux de mortalité suivant les âges			
	Jusqu'à 14	15-44	45-64	65 et +
5 à 14				19 %
25 à 34			41 %	80 %
15 à 24			80 %	
35 à 44		11 %		
45 à 54	44 %	62 %		
55 à 64		86 %		

(Règle de BAUX)

TABLEAU XV

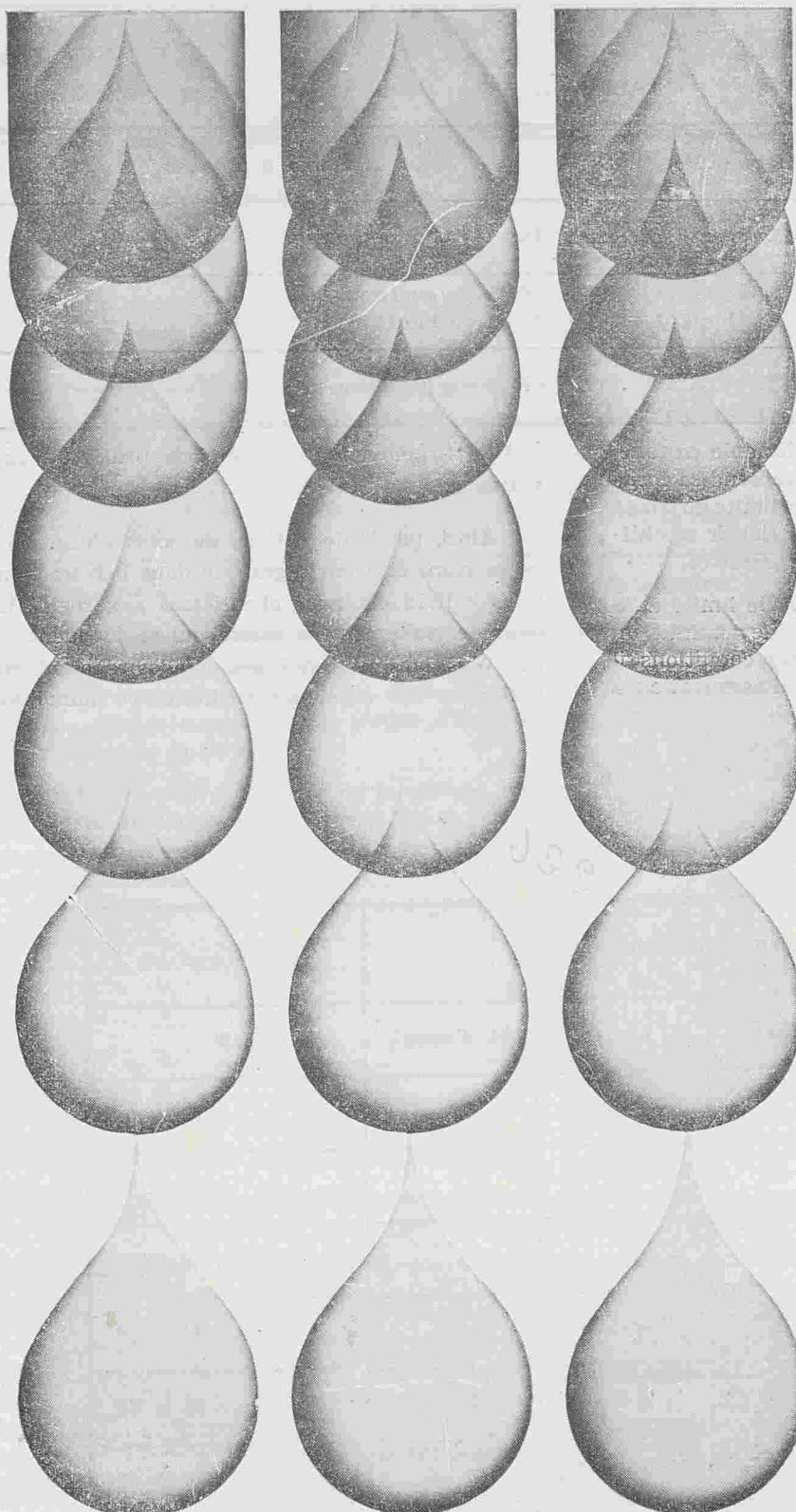
Age + pourcentage de surface brûlée	P r o n o s t i c
Egal ou supérieur à 100	Pas d'espoir de survie.
Entre 75 et 100	40 % de guérison, 60 % de mort.
Inférieur à 75	87 % de guérison.

Il est très facile d'ajuster cette formule en fonction des causes aggravantes. Si l'on reprend sa forme initiale, il semble normal d'établir la limite de triage à 75 en cas d'afflux massif, quitte à élargir ce chiffre en fonction de l'importance du désastre.

En fonction de ce tableau, un brûlé limite à 75 atteint des aggravations envisagées deviendrait un brûlé sans espoir de survie. Dans ces conditions il paraît logique de fixer la constante d'aggravation à 25.

Age +/pourcentage de surface brûlée + aggravation (25).

Ainsi, partis de notions de soins d'urgence qui ne peuvent être envisagés que dans l'abstraction de soins individuels, nous aboutissons aux règles tactiques de traitement de masse qui se justifient d'autant plus dans ces conditions qu'elles reposent essentiellement sur des bases médicales et humaines.



Hygrotton® Geigy

diurétique oral d'effet
prolongé

1-oxo-3-(3'-sulfamoyl-4'
chlorophényl)-3-hydroxy-
iso-indoline

Indications

Œdème cardiaque, rénal
orthostatique, trophique
Hypertension artérielle
Obésité par rétention
hydro-sodée
Syndrome prémenstruel

Contre-indication

Insuffisance rénale grave

Posologie

Traitements d'attaque et
cas graves : 1 à 2 comprimés
par jour en une seule
prise

Traitements d'entretien et
cas bénins : 1/2 cu 1 comprimé
tous les deux jours

Présentation

Comprimés à 100 mg
Tableau C
Etui de 15 comprimés P. cl. 7

S.S. -- Art. 115 - A.M.G.
Collectivités Publiques



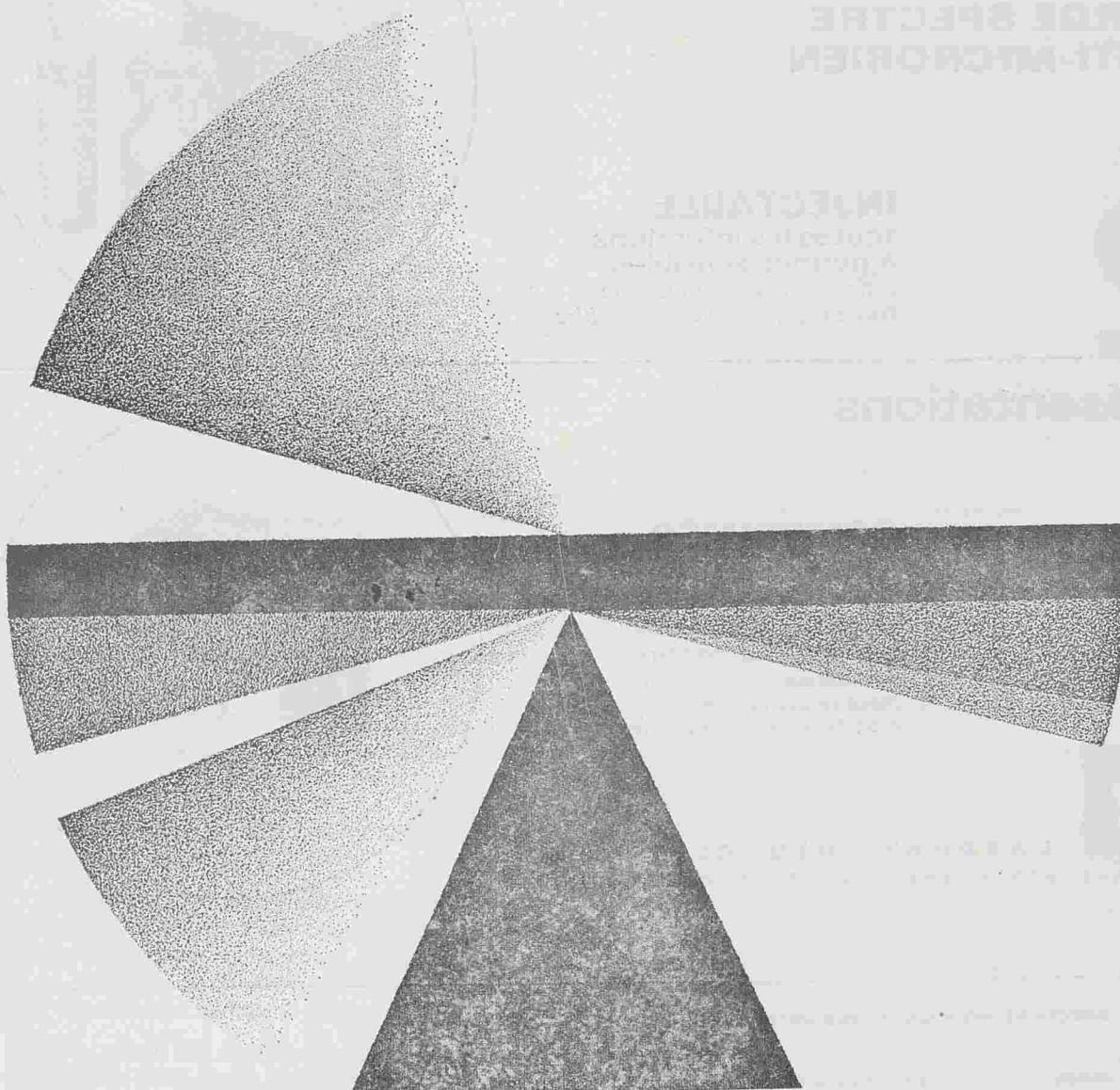
Laboratoires Geigy
51-55 Bd Brune
Paris 14^e

Delta-Butazolidine®

(Delta-cortisone + phénylbutazone)

Geigy

Antirhumatismal polytrope



Formule: 1,2-diphényl-3,5-dioxo-4-n-butyl-pyrazolidine + delta-cortisone

Indications: Polyarthrite rhumatoïde (P.C.E.)

Rhumatisme articulaire aigu

Rhumatisme infectieux

Spondylarthrite ankylosante

Rhumatisme goutteux

Arthroses

Périarthrites

Synovites

Contre-indications: Ulcères gastro-

duodénaux même anciens et considérés comme guéris

Ostéoporose importante

Néphrites chroniques, cardiopathies décompensées ou en imminence de décompensation, affections hépatiques

Hémopathies, hypersensibilité primitive aux pyrazolés ou à la delta-cortisone

Age avancé, hypertension, diabète,

tuberculose évolutive

Grossesse (du fait de la présence de delta-cortisone)

Posologie: A déterminer par le médecin traitant

A titre indicatif:

Adultes: Traitement d'attaque

2 dragées 3 ou 4 fois par jour jusqu'à

l'amélioration

Dose d'entretien

2 fois par jour 2 dragées ou 3 fois par jour

1 dragée

Enfants: doses proportionnelles à l'âge

Avaler les dragées (sans les croquer) au moment des repas.

Présentation: Comprimés dragéifiés dosés à 50 mg de Butazolidine

et 1,25 mg de delta-cortisone Tableau A

Etui de 50 comprimés dragéifiés P.C.I. 11

Modèle-hôpital de 500 comprimés

dragéifiés

S.S. - Article 115 - A.M.G.

Laboratoires Geigy

51-55, boulevard Brune

Paris 14^e

THIOPHÉNICOL

toutes les branches
de la lutte anti-infectieuse

**LARGE SPECTRE
ANTI-MICROBIEN**

2

présentations

INJECTABLE
toutes les infections
à germes sensibles
action énergique et prompte
taux sanguins élevés et durables



COMPRIMÉS
infections urinaires,
à germes sensibles
biliaires, intestinales,
broncho-pulmonaires
élimination :
massive par l'urine
à un taux élevé par la bile



LABORATOIRES CLIN-COMAR
20, RUE DES FOSSÉS-SAINT-JACQUES - PARIS V^e

DIRECTIONS MÉDICALES ET PUBLICITAIRES CLIN-BYLA

ALGER

2, rue Louise-de-Bettignies
B. P. 380 Tél. 65.74.63

ORAN

5, rue de la Remonte
B. P. 159 Tél. 359.78

CONSTANTINE

37, rue Jules-Ferry
B. P. 15 Tél. 54.05

CASABLANCA

8, rue Saint-Quentin
Tél. 437.92

TUNIS

68, avenue Farhat-Hached

Tél. 241.609

DAKAR

3, place de l'Indépendance

Tél. 210.92

ABIDJAN

B. P. 20.830

TANANARIVE

51, rue Albert-Picquière

B. P. 1427

B. P. 1427

FORT-DE-FRANCE

Route de l'Union par Didier

Tél. 203.51

Tél. 64.12

Traitements des hypertension de gravité moyenne ou sévère par le TENSERLIX

par M. BEN-ISMAIL, M. ALOULOU et J.P. LABORDE

Le traitement de l'hypertension artérielle est à ranger parmi les plus délicats de la thérapeutique, car s'il convient d'abaisser maxima et minima pour éviter les complications dégénératives, il faut aussi assurer une irrigation normale des organes nobles de l'organisme, afin d'éviter les accidents et de permettre au malades traité une vie aussi normale que possible.

Dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle, nous avons étudié un nouvel hypotenseur proposé : le TENSERLIX* (E 121 — C) qui associe :

- Furcsémide : 15 mg
- Reserpine : 0,1 mg
- Excipient q.s.p. : 160 mg

Les conditions pratiques d'une telle étude en Tunisie, comportent évidemment quelques difficultés en particulier en ce qui concerne les possibilités de surveillance d'un traitement ambulatoire prolongé. Mais, l'entreprise d'une telle étude clinique nous a semblé tirer son intérêt de deux données principales :

1^o Le type des HTA recrutés en consultation de cardiologie dans notre circonscription sanitaire de Tunisie est assez différent de celui qui est le plus couramment rencontré en Europe et d'emblée, il faut insister sur la moyenne d'âge relativement jeune de nos patients.

2^o Les difficultés mêmes d'une surveillance notamment biologique d'un traitement hypotenseur au long cours, nous font porter un intérêt particulier au produits d'action réputée douce et dont les effets secondaires semblent mineurs.

Nous avons pu étudier les effets du TENSERLIX sur une série de 25 malades.

Sur ce lot :

— 6 patients seulement ont un âge égal ou supérieur à 60 ans,

— les âges extrêmes sont de 16 et 76 ans, la moyenne étant de 50 ans.

Il va sans dire qu'un nombre relativement important d'hypertendus jeunes ainsi traités par le TENSERLIX, avaient été ou ont dû être hospitalisés et explorés pour établir l'étiologie de leur hypertension.

Une seule fois, une étiologie a pu être décelée sur 18 sujets de moins de 50 ans hospitalisés à un moment quelconque de l'évolution de leur affection, en vue d'établir un diagnostic étiologique. — Ainsi, chaque fois que cela s'avérait nécessaire, il a été pratiqué, outre les explorations fonctionnelles rénales habituelles (urée sanguine, cléarence de l'urée, élimination de la PSP, culot urinaire, compte d'Addis) :

- Urographie intraveineuse;
- Artériographie rénale;
- Test à la regitine;
- Dosage de l'acide Vanylmandélique dans les urines.

L'on peut donc affirmer que dans la très grande majorité des cas, ces patients relativement jeunes étaient d'une HTA dite essentielle.

Un bon nombre d'entre eux pouvaient, en effet, dénoncer des antécédents familiaux d'hypertension. Ce type des malades mis à part, nous avons eu à traiter un certain nombre de malades le plus souvent âgés de plus de 50 ans, pour lesquels des explorations complexes, répétées et donc coûteuses étaient moins justifiées, en se plaçant sous l'angle purement thérapeutique. C'est pourquoi, la surveillance biologique a été limitée à ce qui nous semblait permettre de déceler un éventuel risque d'intolérance du produit.

Cependant, nous avons pratiqué chez tous nos malades traités uniquement en ambulatoire les examens suivants :

- Sang = Urée, Glycémie, Ionogramme;
- Urines = Urée, Culot urinaire, Recherche d'Albumine.

Un petit lot seulement de ces patients s'est avéré assez coopérant pour se plier à des contrôles biologiques répétés, une fois le traitement par le TENSERLIX entrepris.

ADMINISTRATION DU TENSERLIX

Selon le type de malade, la posologie a varié entre un comprimé un jour sur deux et trois comprimés par jour (voir Tableau I).

D'autre part, en cours de traitement, nous avons souvent été amenés à modifier cette posologie chez le malade, en fonction de l'efficacité du produit.

Tous ces patients étaient soumis à un régime sans sel, strict en ce qui concerne les hospitalisés.

En ce qui concerne les patients traités en ambulatoires, leurs conditions sociales particulièrement défavorables, leur difficulté d'alimentation ne leur permettaient souvent pas d'observer la prescription d'un régime sans sel strict. Pour la plupart de ces derniers, on peut considérer, cependant, qu'ils suivaient de façon assez régulière un régime hyposodé.

DUREE DU TRAITEMENT PAR LE TENSERLIX

Cette durée a varié entre 2 et 8 semaines. (Pour les détails, voir le Tableau I, la durée et la posologie pour chacun des 25 cas).

TABLEAU I. — Durée du traitement et posologie

Observ. N°	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	Semaine
1	0/J	0/J	1/J	2/J	2/J	2/J	2/J	2/J	
2	0/J	1/J	2/J	2/J					
3	0/J	1/J	2/J	2/J					
4	1/J	3/J	3/J	3/J	3/J	3/J	3/J		
5	0/J	1/J	1/J	1/J	2/J	2/J	3/J	3/J	
6	0/J	0/J	1/J	2/J	2/J	2/J			
7	0/J	1/J	1/J	2/J	1/J				
8	0/J	2/J	2/J	2/J					
9	0/J	2/J	3/J	3/J					
10	0/J	2/J	3/J	3/J	3/J				
11	0/J	0/J	0/J	2/J					
12	0/J	2/J	2/J	2/J	2/J				
13	0/J	2/J							
14	0/J	2/J	2/J	2/J	2/J	1/J	1/J		
15	0/J	0/J	0/J	1/J	1/J	1/2 J	1/2 J		
16	0/J	2/J	1/J	3/J	3/J	3/J			
17	2/J	2/J	2/J	2/J					
18	0/J	2/J	2/J	2/J					
20	2/J	2/J	2/J	2/J					
21	0/J	2/J	2/J	2/J					
22	0/J	2/J	2/J						
23	2/J	2/J	2/J						
24	0/J	2/J	2/J						
24	0/J	2/J	2/J	2/J					

TABLEAU II. - Tableau récapitulatif des cas traités

N°	Sexe	Age	(Semaines) durée du traitement	Mode de traitement	Diabète	Albuminu- rie trac.	Tension artérielle	
							Avant	Après
1	masc.	45	8	M	0	+	16/11	19/10
2	masc.	19	4,5	H	0	0	17/9	14/7
3	masc.	52	4,5	H	0	+	21/13	15,5/11
4	fem.	50	7,5	M	+	+	22/11,5	15/9,5
5	fem.	56	8	M	0	+	20/11	16,5/8
6	fem.	16	6	M	0	0	17/9	13,5/7
7	fem.	57	5	A	0	0	17/7	13/7
8	masc.	22	4	A	0	0	16/10	13,5/8
9	masc.	58	3,5	H	0	0	25/10	21/10
10	masc.	53	5	M	+	+	23/14	20/10
11	masc	47	4,5	A	+	0	20/11	14/9
12	masc	55	8	A	0	0	18/11	18/11
13	fem.	52	2	A	0	0	21/10	20/6,5
14	fem.	52	7	A	0	0	22/12	16/8
15	fem.	65	7,5	A	0	+	17/8,5	14/8
16	masc	29	5,5	M	0	0	20/13	20/10
17	fem.	55	7	A	+	0	18/9	14/7
18	masc	37	5	A	0	0	17/11	15/9,5
19	fem.	49	6	A	+	+	21/10	14/9
20	masc	44	5	H	+	+	25/13	18/10
21	masc	76	6	A	0	+	22/5	18/5
22	masc	60	3	M	0	+	20/11	19/10
23	fem.	60	3	A	+	+	23/12	14/7
24	masc	68	4	A	+	+	21/10	14/7
25	masc.	66	3	H	0	0	19/12	14/8

RESULTATS DES TRAITEMENTS

Le détail des observations figure dans le Tableau II. Nous nous contenterons de donner, ci-dessous, les résultats regroupés et analysés :

1. Action sur les chiffres tensionnels.

a) pour l'ensemble des 25 cas, les chiffres tensionnels étaient :

avant traitement = 200 mm pour la moyenne des maxima; 105 mm pour moyenne des minima.

après traitement = 160 mm pour la moyenne des maxima; 82 mm pour la moyenne des minima. soit une baisse moyenne de la maxima de 40 mm et de 23 mm pour la minima.

b) Ces résultats ont été obtenus avec une durée moyenne du traitement par le TENSERLIX un peu supérieure à 5 semaines.

Les modifications extrêmes ont été de 90 mm pour la maxima et de 50 mm pour la minima. (Il s'agit d'ailleurs d'une même patiente dont les chiffres sont passés de 230/120 à 140/70 = cf Obs. N° 23).

Dans le cas le moins favorable, nous n'avons pas eu de baisse de la maxima, mais au contraire nous avons noté une hausse des chiffres de la TA systolique, alors que la minima est abaissée de 10 mm de mercure. Il s'agit là d'un cas particulier (Obs. 1) chez qui le traitement a été entrepris dans les semaines suivant une nephrectomie pour atteinte rénale unilatérale, par plaie ancienne du parenchyme rénal associée à une lithiase homolatérale. Il s'agissait d'une HTA depuis longtemps évolutive

avec retentissement ventriculaire gauche important et il est probable que le pincement tensionnel 160/110 avant l'entreprise du traitement par le TENSERLIX soit à mettre sur le compte d'une insuffisance ventriculaire gauche discrète qui s'était améliorée par le régime sans sel, le repos et les digitaliques.

2. Action sur la Diurèse.

Il nous est difficile de chiffrer de façon très rigoureuse les modifications de la diurèse quotidienne, car nos malades ambulatoires ne pouvaient conserver le plus souvent la totalité de leurs urines.

On peut dire cependant que :

a) chez les malades hospitalisés, on note une augmentation de la diurèse dans la totalité des cas, allant de 500 cc par jour à 1 litre par jour,

b) chez les malades ambulatoires, tous ont signalé une nette augmentation de la diurèse (ceci notamment chez les diabétiques).

Nous avons distingué sur les 25 cas, trois catégories :

1 ^e	les HTA dont la diastolique est inférieure à 11 mm	11 cas
2 ^e	les HTA dont la diastolique est supérieure ou égale à 110 mm et inférieure à 130 mm	10 cas
3	les HTA dont la diastolique est supérieure à 130 mm	4 cas

Nous avons fait la moyenne des chiffres tensionnels systoliques et diastoliques, pour chacune des catégories. Ils sont résumés dans le tableau, ci-dessous :

Catégorie	Cas	Avant traitement	Après traitement	Baisse de
1	11	193/88	155/74	38/14
2	10	197/113	160/90	37/23
3	4	222/132	184/102	38/20

CONCLUSIONS

Il nous faut d'abord insister de nouveau sur le fait que le traitement hypotenseur par le TENSERLIX a été appliqué dans notre service à des sujets d'âge relativement jeune et présentant des HTA essentielles le plus souvent importantes ou sévères.

Ceci étant, l'efficacité de TENSERLIX nous a paru tout à fait satisfaisante, tant en ce qui concerne la baisse des chiffres tensionnels que la tolérance et l'action sur les signes fonctionnels.

En ce qui concerne les chiffres tensionnels, nous avons particulièrement remarqué l'absence de baisse brutale des chiffres tensionnels même pour des posologies élevées.

En ce qui concerne la tolérance, les seuls troubles dénoncés par les malades étaient une sécheresse de la bouche et dans de rares cas, des douleurs de types coliques passagères et qui ont dis-

paru sans qu'il ait été besoin d'interrompre la prise de TENSERLIX.

Encore faut-il remarquer que ces signes ne sont survenus que pour des posologies élevées (trois comprimés par jour); ce fait ne nous a nullement surpris.

Quant aux signes fonctionnels, l'action s'est montrée assez régulièrement bonne et parfois spectaculaire.

L'action thérapeutique du TENSERLIX nous a semblé s'établir en deux semaines environ et s'est manifestée même chez des patients dont les chiffres tensionnels ne s'étaient pas initialement abaissés.

Le TENSERLIX nous semble donc un bon hypotenseur, efficace même dans des cas relativement sévères auxquels nous l'avons prescrit. Il présente l'avantage d'être bien toléré et d'action progressive de sorte qu'il ne gêne pas la vie active du malade traité.

CORTINE NATURELLE

LAROCHE NAVARRON
Extrait cortico-surrénal total

dans toutes
**URGENCES
MÉDICALES**
et
CHIRURGICALES

quels que soient
l'état du blessé ou du malade,
son âge, sa tension artérielle.

GARANTIT L'INTÉGRITÉ DES RÉACTIONS DE DÉFENSE

CORTINE NATURELLE 125 unités L.N.
(2 à 3 ampoules, ou plus si nécessaire) :

en intraveineuse si possible
ou intramusculaire
sinon, par voie perlinguale
(vider le contenu d'une ampoule A
dans la bouche).

Boîtes de 2 et de 5



LAROCHE NAVARRON
63, Rue Chaptal - 92 - Levallois - Tél. 737-61-55

Que faire d'un malade porteur d'adénopathie cervicale dite chronique ? (Problèmes posés par 296 malades observés à l'Institut National de Carcinologie de Tunis)

par A. ZAOUCHE et J. BRUGERE

Le but de cet exposé est de proposer une attitude systématique utilisable devant toute adénopathie cervicale. Il est en effet très fréquent d'être consulté par un malade qui a découvert lui-même un ganglion cervical, ou de découvrir lors d'un examen général une adénomégalie. Une série de réflexes doit alors intervenir dans tous les cas : si un chainon est sauté, c'est tout l'avenir du malade qui peut être compromis gravement, parfois définitivement. Il s'agit d'un problème fréquent : en 18 mois, du 1/X/67 au 1/VI/69, 319 malades nous ont été envoyés ou ont consulté pour ce seul motif, soit le tiers des dossiers constitués à notre consultation.

1. **Le premier problème est d'éliminer ce qui n'est pas adénopathie.** La nature de la tuméfaction palpée pose des problèmes cliniques environ une fois sur dix. Ainsi sur 319 malades envoyés pour adén., 23 n'étaient pas porteurs d'adénomégalies : il s'agissait de glandes salivaires dans 6 cas, (3 parotides et 3 sous-maxillaires), de tumeurs thyroïdiennes dans 2 cas, de tumeurs malignes parapharyngées dans 3 cas, de 3 kystes du tractus thyréoglosse, de 3 lymphangiomes, de 3 côtes cervicales, de 2 tumeurs du glomus carotidien, et d'un ostéome.

De plus 4 malades étaient adressés pour tumeur thyroïdienne et 2 pour tumeur parotidienne, alors qu'il s'agissait bien d'adénopathie.

Enfin nous nous sommes trompés 6 fois, pensant à des adén. alors qu'il s'agissait de glandes salivaires (2 parotides et 4 sous-maxillaires).

De toutes façons, la confusion n'est pas grave si une exploration chirurgicale est entreprise pour préciser le diagnostic.

Au total, 296 malades étaient porteurs d'adénopathies cervicales.

2. **Le deuxième est d'éliminer les adén. non malignes.** au premier rang desquelles viennent en Tunisie, les adén. tuberculeuses.

— Parfois, c'est facile cliniquement chez un adolescent, qui est porteur de ganglions fermes, bilatéraux, mobiles, avec parfois tendance au ramollissement. La ponction, le patch très positif suggèrent d'emblée le diagnostic, font faire un bilan général et entreprendre un traitement triple correct et prolongé. On doit revoir le malade 2 à 3 mois plus tard pour décider d'une éventuelle cure chirurgicale des grosses masses ganglionnaires qui résistent au traitement médical du fait de leur médiocre vascularisation. Sur les 54 malades porteurs d'adén. tuberculeuses, les 2/3 des cas nous ont paru cliniquement évidents.

— Parfois, au contraire, le diagnostic est très difficile car rien n'évoque la tuberculose, et même tout évoque une adénopathie maligne : gros ganglion unique, dur, fixé, sous-digastrique, d'évolution récente et rapide, chez un malade de la cinquantaine. **Il ne peut être question d'envisager un traitement antituberculeux d'épreuve,** et une adénectomie doit être pratiquée. 11 adén. tuberculeuses sur notre série de 54 ont été diagnostiquées par cervicotomie avec examen histo-pathologique peropératoire.

— Il reste enfin à éliminer les adén. non malignes et non tuberculeuses, mais inflammatoires chroniques, bénignes. Nous en avons observé 30 cas.

Un grand nombre d'étiologies peuvent être en cause. L'examen histo-pathologique ne peut tout trancher et peut même apporter des éléments troublants, comme dans la toxoplasmose. Il faut s'aider de séro-diagnostic et savoir que le problème pourra n'être jamais élucidé, ou alors le sera bien après la guérison clinique du malade.

3. **Le problème essentiel est donc la situation du médecin isolé qui se trouve devant un malade porteur d'une ou plusieurs adénopathies qui pourraient bien être malignes.**

— **Première règle : pas de traitement antituberculeux d'épreuve.**

— Deuxième règle : pas de précipitation chirurgicale, et exiger avant toute adénectomie deux éléments obligatoires : une consultation d'un spécialiste ORL, et un bilan médical général comportant un examen clinique des aires ganglionnaires, une numération formule sanguine et un cliché standard du thorax. Il est inadmissible qu'un résultat tardif d'adénectomie sus-claviculaire révèle un cancer du poumon, qu'une biopsie d'un ganglion sous-digastrique parlant d'une métastase d'un épithélioma épidermoïde permette de découvrir deux mois après le prélèvement, un cancer de la langue, qu'une adénectomie rétromandibulaire soit le mode de découverte d'un cancer du cavum, qu'une adénectomie cervicale révèle un processus leucémique.

A) L'examen ORL. Il a d'autant plus de chances de retrouver le cancer primitif que les ganglions siègent plus haut dans l'aire cervicale. La découverte du cancer primitif est absolument fondamentale; ce n'est pas par souci d'élégance clinique : c'est absolument nécessaire au traitement correct du malade.

De plus la biopsie de la tumeur primitive est moins traumatisante qu'une adénectomie, hypothèse moins l'avenir cutané cervical du malade et donne de meilleurs renseignements histo-pathologiques.

Ce bilan ORL est l'affaire du spécialiste et ne peut être détaillé ici car il nécessiterait de passer en revue toute la carcinologie cervico-faciale. Il est guidé par la topographie des ganglions et la symptomatologie d'accompagnement. Les cancers les plus souvent responsables sont par ordre de fréquence :

— Le cavum ou rhinopharynx, avec ses ganglions hauts et postérieurs, rétro-mandibulaires, présents dans 80 % des cas au premier examen, toujours accompagnés d'une symptomatologie riche (nasale, auriculaire et neurologique) : nous en avons observé 143 cas en 18 mois, dont 101 se sont révélés par des adén. cervicales.

— Le cancer du larynx, surtout de l'épiglotte sus-hyoïdienne, avec adén. parfois révélatrices, s'accompagnant plus de dysphagie que de dyspnée : 27 cas de cancer du larynx sur 204 se sont ainsi révélés.

— Les cancers de l'oro-pharynx représentent 40 cas :

- 17 amygdale palatine,

- 13 langue mobile,
- 5 base de langue,
- 3 face interne de joue,
- 2 plancher buccal.

- Les cancers du massif facial : 6 cas.

— Les cancers de la paroi postérieure de l'hypopharynx (7 cas), et il faut noter que la cause la plus fréquente des adén. cervicales en Europe, le cancer du sinus piriforme, est pratiquement inexistante en Tunisie.

— Enfin, plus rares, les cancers de la thyroïde révélés par des adén. (3 cas). Au total, 184 adén. dont l'examen ORL retrouve aisément l'origine.

B) L'examen général va permettre de retrouver un groupe de causes pour lesquelles le problème va totalement se déplacer. C'est ainsi le cas chez 13 malades chez lesquels ont été rapidement découverts, un cancer du poumon, une leucose lymphoïde chronique, une maladie de Hodgkin pluri-ganglionnaire, une lymphosarcomatose.

C) Bilan général négatif et examen ORL négatif, le problème reste entier. La ponction ganglionnaire avec étude cytologique apporte un élément d'orientation quand elle est réalisable et quand elle apporte un résultat positif indiscutable. Mais ramenant des cellules malignes indifférenciées, elle ne peut toujours trancher entre épithélioma et hématosarcome. Une étude histologique du ganglion est de toutes façons nécessaire.

— Troisième règle : l'adénectomie doit obéir à des techniques rigoureuses, en particulier en ce qui concerne l'incision qui doit être fonction de la topographie du ganglion à biopsier. Une incision fantaisiste sur le cou peut handicaper la cicatrisation d'un cuirage, peut favoriser la création d'un pharyngostome après une laryngectomie, ou la nécrose d'un lambeau cervical en L inversé, surtout si une irradiation est intervenue entre temps. L'anesthésie locale est souvent suffisante, sauf dans les adénectomies des ganglions sous-digastriques fixés. On doit proscrire les incisions horizontales, les incisions en croix sur le ganglion, les incisions verticales mais trop près de l'extrémité interne de la clavicule ou trop près de la ligne médiane. Il faut le plus souvent choisir une incision parallèle au bord postérieur du Sterno-cléido-mastoïdien, qui permet une bonne exposition et un bon contrôle de la veine jugulaire interne à laquelle le ganglion adhère souvent. En cas d'adénectomie sous-maxillaire, on peut utiliser une horizontale, perpendiculaire stricte au bord postérieur du SCM. C'est exception-

nellement qu'on se contentera d'un prélèvement ganglionnaire, s'il s'agit d'une masse ganglionnaire inextirpable présumée incurable. De toutes façons, le résultat doit être obtenu très rapidement car il n'est jamais anodin de laisser sans traitement une chaîne de ganglions ouverte par l'ablation d'un ganglion malin. Un long délai entre l'adénectomie et la mise en traitement expose à une accélération du développement des métastases ganglionnaires, à une cellulite cervicale néoplasique, à une fistulisation cutanée néoplasique, peut-être à des métastases à distance.

— **Quatrième règle :** L'adénectomie doit être pratiquée sous examen histo-pathologique extemporané : celui-ci va encore réservé quelques surprises heureuses, révélant en particulier quelques tuberculoses folliculaires aigües (ce fut le cas pour 11 malades). Mais surtout, elle va trancher entre 2 catégories d'adén. malignes :

— les hématosacomes apparemment localisés, (8 cas) Hodgkin, Réticulosarcomes et Lymphoblastosarcomes : dès le diagnostic connu, on se borne à cette adénectomie et le traitement est déterminé par l'hématologue et le radiothérapeute.

— les métastases d'épithélioma épidermoïde : un curage ganglionnaire complet avec ligature de la jugulaire interne est alors immédiatement pratiqué. 7 malades étaient porteurs d'adén. métastatiques épithéliales sans tumeur décelable au niveau des voies aéro-digestives supérieures.

Si l'adenopathie est bilatérale d'emblée, ce qui est rare dans les adén. épithéliales sans porte d'entrée décelable, on doit pratiquer un curage bilatéral en deux temps, en tentant de conserver une jugulaire interne; ce dernier point est moins impératif si plus d'un mois sépare les 2 curages.

— **Cinquième règle :** L'irradiation post-opératoire doit toujours être entreprise. L'accord n'est pas fait sur le point suivant : faut-il irradier systématiquement ou non l'ensemble des voies aéro-digestives

supérieure où pouvait, au bien où pourrait se trouver le cancer primitif responsable ? Il semble préférable de se borner à l'irradiation des aires cervicales ganglionnaires et surveiller l'éventuelle éclosion de la tumeur primitive, sans la modifier par une irradiation qui risque d'être insuffisante.

Voici regroupées les causes des adén. observées :

- Tuberculose : 54 dont 11 ont nécessité une adénectomie.
- Maladie bénignes diverses : 30.
- Adén. malignes dont l'examen ORL retrouve l'origine : 184.
 - Cavum : 101,
 - Epiglotte : 27,
 - Oropharynx : 40,
 - Massif facial : 6,
 - Hypopharynx : 7,
 - Thyroïde : 3.

— Adén. malignes avec examen ORL normal, mais où l'examen général permet de retrouver une cause : 13. (7 sarcomatoses et 6 épithéliomas extracervico-faciaux).

— Adénopathies malignes avec examen général et ORL normal : 15.

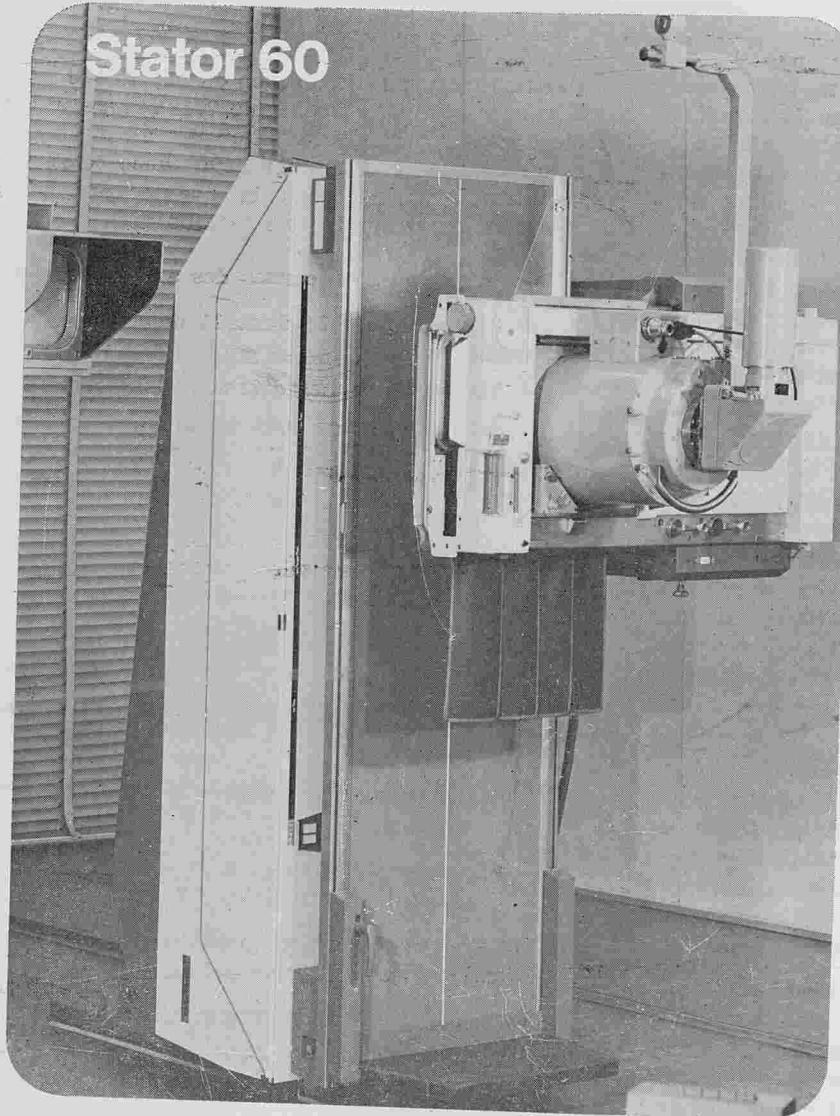
Sarcomes localisés : 8,
Métastases épithéliales : 7.

Ainsi, 15 + 11 cas ont posé des problèmes vraiment difficiles, ce qui fait environ 10 % des cas.

En conclusion, nous terminerons sur ces trois aphorismes :

- toutes les adén. ne sont pas bonnes à mettre aux antituberculeux,
- l'examen ORL doit intervenir avant le rapt ganglionnaire par le chirurgien,
- le traitement des adénopathies-filles est illusoire si on laisse prospérer la tumeur-mère.

Stator 60



Statif basculant universel
à 2 tubes fonctionnant en
toutes positions:

verticale, oblique, horizontale,
tremblement 30°.

Plan coulissant en toutes
directions.

Explorateur pour tous formats:
13x18 à 35x35.

Diaphragme du tube
solidaire du statif,
se réglant automatiquement
au format choisi.

Potter Bucky avec Amplimat.

Colonne porte-ampoule avec
tomographie automatique
verticale ou horizontale.

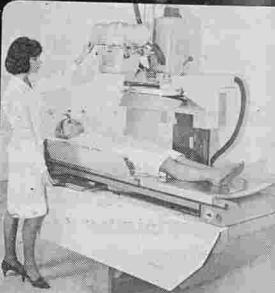
société anonyme
MASSIOT PHILIPS
matériel médical

ROUTE DE BEZONS
78 CARRIÈRES-SUR-SEINE (YVELINES)
TÉLÉPHONE 968 40 00

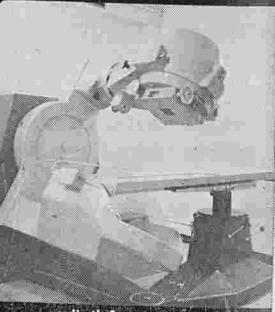
MASSIOT PHILIPS TUNISIE 15 RUE DU 18 JANVIER 1952 TUNIS

publi-ray

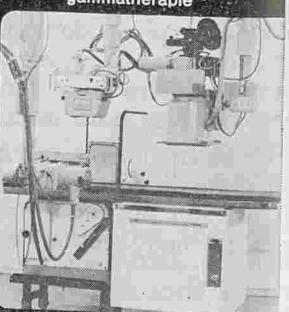
générateurs de
toutes puissances



statif de radiodiagnostic
de tous modèles



radiothérapie ou
gammathérapie



cardiologie
cathétérisme



électronique
médicale

Les cancers du cavum en Tunisie

(A propos de 138 cas observés à l'Institut National de Carcinologie) (*)

par A. ZAOUCHE et J. BRUGERE

(Cet article paru dans notre précédent numéro (mai-juin - n° 3 - 1969) comportait de nombreuses erreurs et l'omission de tableaux indispensables à sa lecture. La rédaction s'en excuse et republie ce très intéressant article dans son intégralité).

Très fréquent en Tunisie, le cancer du cavum occupe le deuxième rang après le cancer du larynx, parmi les tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures. Il est souvent diagnostiqué tardivement en raison des symptômes d'emprunt qui le révèlent.

Malgré sa gravité, il est nécessaire de mettre en œuvre la Télécobalthérapie le plus tôt possible, avant que ne se fixent les métastases ganglionnaires cervicales, et que n'apparaisse l'atteinte osseuse de la base du crâne.

Parmi les 610 tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures diagnostiquées à la consultation O.R.L. de l'I.N.C. du 1^{er} octobre 1967 au 1^{er} juin 1969, il est frappant d'observer que les cancers du larynx (191 cas) et les cancers du cavum (138 cas) représentent plus de la moitié des cancers O.R.L. dépistés. La prévalence des cancers rhinopharyngés en Afrique du Nord — comme en Extrême-Orient — est connue (5), mais encore non expliquée, malgré la connaissance de nombreux facteurs d'irritation respiratoire chronique supposés favorisants (3, 5).

CHADLI (2) sur 648 tumeurs malignes O.R.L. étudiées au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Institut Pasteur de Tunis de 1950 à 1959 retrouve des chiffres du même ordre (253 épithéliomas du larynx et 138 cancers du cavum).

MANSOURI et collaborateurs (4) signalent au C.H.U. d'Oran, 105 tumeurs malignes du cavum sur 613 tumeurs malignes O.R.L. observées en 4 ans 1/2 de 1962 à 1967.

(*) Nous tenons à remercier ici le Docteur Tahar ZAOUCHE qui nous a accueilli dans son Service de l'Hôpital Habib Thameur jusqu'à l'ouverture de l'I.N.C., ainsi que tous les médecins O.R.L. de Tunisie qui nous ont confié leurs malades

GENERALITES :

— Siège des végétations adénoïdes de l'enfant, le rhinopharynx ou cavum ou épipharynx, est une cavité de volume variable, située en arrière des choanes, sous l'étage moyen de la base du crâne. Il communique latéralement avec l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache et se continue en bas par l'oropharynx :

- latérale vers la trompe, l'oreille moyenne et les ptérygoïdes,
- antérieure vers les fosses nasales et l'orbite,
- supérieure vers l'étage moyen de la base du crâne.

— L'extension lymphatique se fait essentiellement dans la partie haute de la chaîne jugulaire interne.

REPARTITION :

Sur les 138 cas observés en 18 mois (100 à l'Hôpital Habib Thameur, 38 à l'I.N.C.) 100 atteignaient des hommes, 38 des femmes. Toutes les tranches d'âge sont atteintes, avec un maximum entre 45 et 60 ans (Tableau 1). Cette répartition concorde avec la littérature (5) et les observations faites par CHADLI qui note une nette prédominance chez l'homme. En revanche, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre l'âge moyen chez l'homme (41) et la femme (39,5) alors que CHADLI retrouve une différence importante (homme : 45,5 — femme : 36,5).

Origine géographique.

SITRON (7) avait insisté sur l'origine des cas observés en Algérie : ceux-ci étaient presque tous dépistés dans le Nord de l'Algérie. Nous n'avons pas retrouvé ce fait dans notre série (Tableau 2). Les cas paraissent plus nombreux dans les gouvernorats plus peuplés et dans les régions où exerce un spécialiste O.R.L.

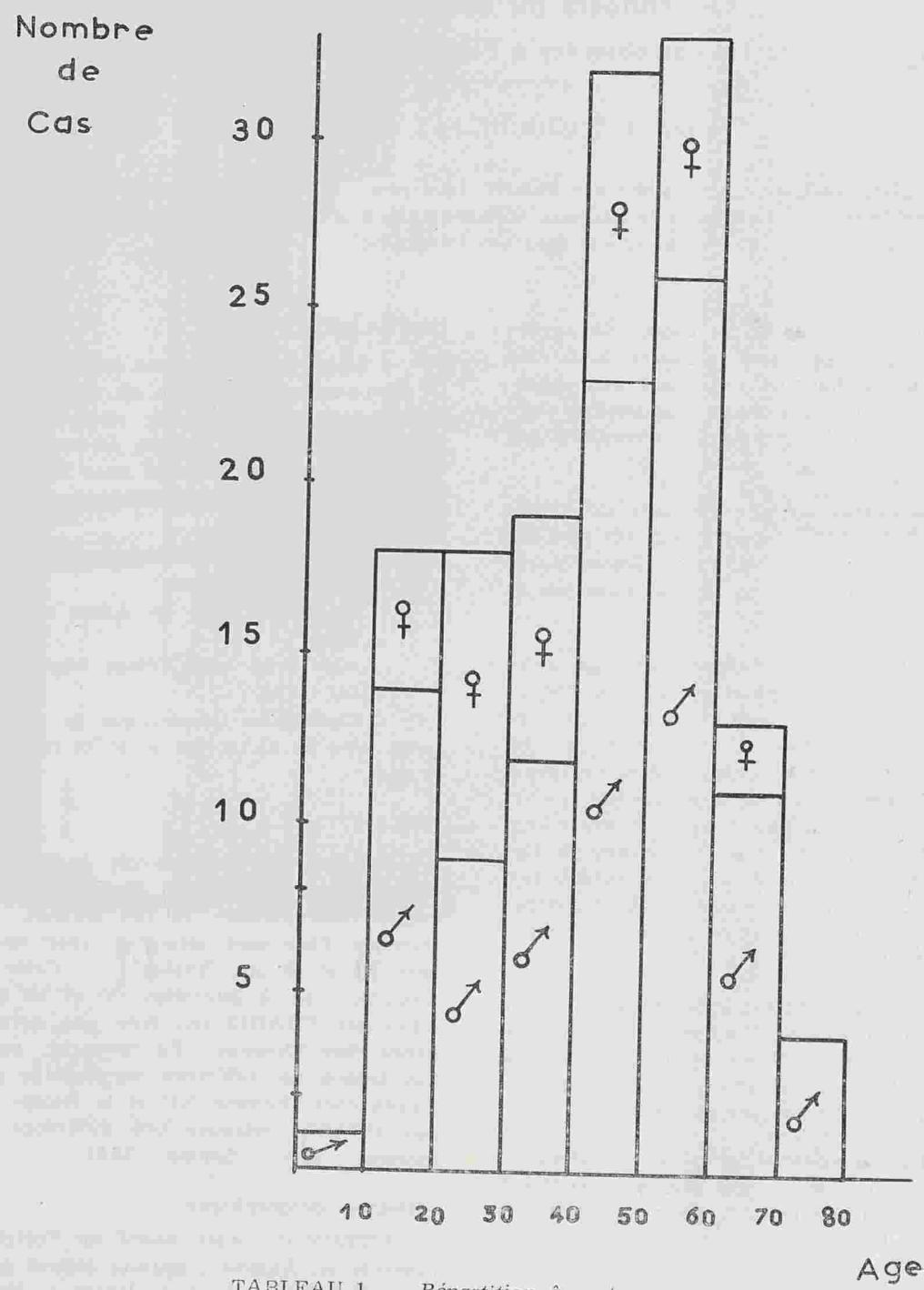


TABLEAU 1. — Répartition âge et sexe

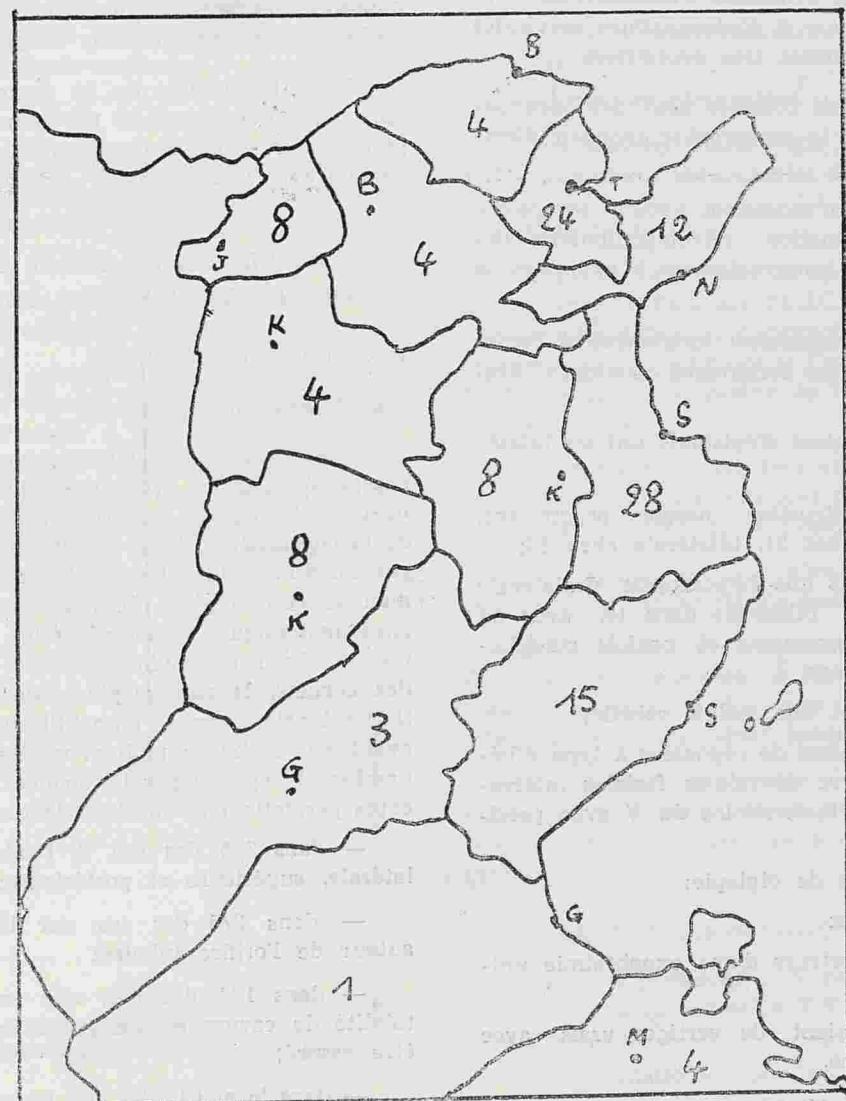


TABLEAU 2. — Distribution géographique des 123 cas dont l'origine a pu être précisée.

CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC :

Elles ont pu être retrouvées avec précision dans 133 dossiers. Elles sont variées, mais lorsque le malade vient consulter, le diagnostic doit être fait dès le premier examen, car les symptômes accusés réalisent un syndrome évocateur, et sont accompagnés 4 fois sur 5 d'adénopathies cervicales hautes rétromandibulaires très évocatrices.

1^o 94 malades ont consulté pour des adénopathies cervicales dont la topographie évoquait d'emblée le diagnostic :

— 31 malades n'accusaient aucun symptôme associé, mais la situation rétromandibulaire des ganglions conduisait immédiatement à examiner le rhinopharynx.

— 63 malades annonçaient spontanément l'existence d'un ou plusieurs syndromes classiques. Ainsi :

- 51 se plaignaient d'épistaxis uni ou bilatérales;
- 35 d'une obstruction nasale progressive, unilatérale chez 21, bilatérale chez 14;
- 50 signalisaient une hypoacusie, unilatérale dans 36 cas, bilatérale dans 14, avec ou sans bourdonnements et parfois autophonie douloureuse;
- 19 signalisaient une otalgie rebelle;
- 45 se plaignaient de céphalées à type d'hémicranies avec névralgies faciales intéressant 24 fois le territoire du V avec précision;
- 14 souffraient de diplopie;
- 16 de trismus;
- 5 étaient porteurs d'une exophtalmie unilatérale;
- 3 se plaignaient de vertiges vrais avec troubles de la marche.

2^o 26 malades n'étaient pas porteurs d'adénopathies lors de la première consultation, mais la symptomatologie présentée était évocatrice du diagnostic, car elle associait un syndrome nasal, un syndrome otologique et un syndrome neurologique à prédominance unilatérale.

3^o 13 malades en revanche consultaient pour des troubles qu'il était plus difficile de rattacher

d'emblée au rhinopharynx : il s'agissait dans 9 cas de symptômes attirant l'attention seulement sur les fosses nasales (3 épistaxis bilatérales, 3 obstructions nasales unilatérales et 3 obstructions bilatérales). Parmi les 4 derniers malades, 1 consultait pour une névralgie isolée du V, 2 pour une exophtalmie unilatérale avec baisse de l'acuité visuelle, 1 pour une tumeur oropharyngée.

Ainsi les motifs de la première consultation apparaissent 9 fois sur 10 assez riches et assez précis pour évoquer le diagnostic dès le premier contact avec le malade.

RESULTATS DU BILAN EFFECTUÉ
LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION1^o BILAN TUMORAL :

a) Examen du cavum :

Que l'examen soit d'emblée orienté sur le rhinopharynx par les symptômes signalés, ou que celui-ci soit effectué à titre systématique au cours de la consultation, l'état du cavum doit être précisé par l'O.R.L. malgré les difficultés réelles de l'examen de cette région (douleurs, réflexes, particularités anatomiques et individuelles, trismus, hémorragies). La rhinoscopie antérieure après rétraction des cornets, la rhinoscopie postérieure sous anesthésie locale, après immobilisation du voile en avant par 2 sondes molles passées dans les fosses nasales et reprises par la bouche, ou la salpingoscopie permettent de localiser la tumeur; elle siège :

- dans 2/5 des cas, à l'union des 3 parois, latérale, supérieure et postérieure;
- dans 2/5 des cas, sur la paroi latérale, autour de l'orifice tubaire;
- dans 1/5 des cas, elle occupe presque la totalité du cavum et son point de départ ne peut être assuré;
- dans la moitié des cas, la tumeur est ulcéro-bourgeonnante;
- dans 1/4 des cas, bourgeonnante pure, plus rarement ulcéreuse pure ou infiltrante.

Après avoir précisé ses caractères, la tumeur est biopsiée avec une pince de Chatellier ou mieux de Jatho. 93 résultats ont pu être obtenus dans notre série :

- 28 épithéliomas anaplasiques;
- 33 épithéliomas épidermoïdes dont 25 peu différenciés et 8 différenciés;
- 18 du type lymphoépithéliome de Regaud;
- enfin, 14 lymphoréticulosarcomes.

Il faut souligner que l'indifférenciation totale de certains épithéliomas rend parfois la confusion possible avec les hémato-sarcomes.

b) *Appréciation clinique de l'extension :*

L'extension vers les fosses nasales est très fréquente, nous l'avons observée 26 fois, dont 6 très importante, de même vers l'oropharynx où la tumeur s'extériorisait 19 fois.

Elle est plus rare vers l'orbite (6 fois dont 5 très importantes protrusions du globe oculaire).

L'extension au niveau de la base du crâne peut être suspectée devant les signes neurologiques groupés dans le Tableau 3 qui détaille les signes existant chez 22 malades, au premier examen. Seul le mécanisme du trismus doit être discuté (atteinte du V moteur, extension oropharyngée ou ptérygoïdienne, compression par grosses masses ganglionnaires rétromandibulaires).

TABLEAU 3

Signes neurologiques	Nbre de cas
V sensitif	12
V moteur	4
VI	16
Ophtalmoplégie	4
VII	5
VIII bis	2
X (par compression ganglionnaire)	1

c) *Bilan radiologique :*

Il comprend systématiquement un cliché standard de profil du crâne, un cliché de Hirtz pour étudier la base, un Blondeau pour les sinus antérieurs de la face; si possible, des clichés en décubitus avec instillation nasale de Lipiodol, éventuellement des tomographies sagittales.

Ces clichés permettent d'apprécier :

- le refoulement antérieur de la muqueuse pharyngée postérieure;
- l'atteinte osseuse sphénoïdale;
- la modification de la cavité rhinopharyngée et des orifices tubaires;
- l'état du sinus maxillaire et du cadre orbitaire;
- l'état des ptérygoïdes.

Nous n'avons trouvé que 6 atteintes osseuses radiologiquement indiscutables dont 4 importantes.

d) *Classification :*

On peut alors classer le stade tumoral dans un des 4 cadres définis par l'U.I.C.C. (6), mais il faut souligner les difficultés d'appréciation exacte de l'extension nasale et orbitaire et l'impossibilité fréquente de conclure à la réalité de l'atteinte ou de l'intégrité osseuse.

T1 : tumeur limitée sans extension osseuse, inférieure à 1 cm dans son plus grand axe d'implantation, type cancer de la fossette de Rosenmüller.

T2 : tumeur de plus d'un cm sans extension osseuse, type cancer de l'union des 3 parois.

T3 : tumeur avec extension osseuse visible à la radio, mais modérée, et sans signes neurologiques, ou tumeur étendue dans une des directions : orbite, fosse nasale, sinus sphénoïdal.

T4 : tumeur importante avec extension dans toutes les directions, ou tumeur avec extension osseuse importante, associée à des signes neurologiques.

2° BILAN GANGLIONNAIRE :

L'état des ganglions a été précisé dans 133 dosiers. Selon la classification T.N.M. les adénopathies sont classées en :

- N1 : homolatérales mobiles;
- N2 : bilatérales mobiles ou controlatérales mobiles;
- N3 : adénopathies fixées;
- N0 : absence d'adénopathies cliniquement décelables.

111 malades sur 133, soit 80 % étaient porteurs d'adénomégalies au premier examen clinique.

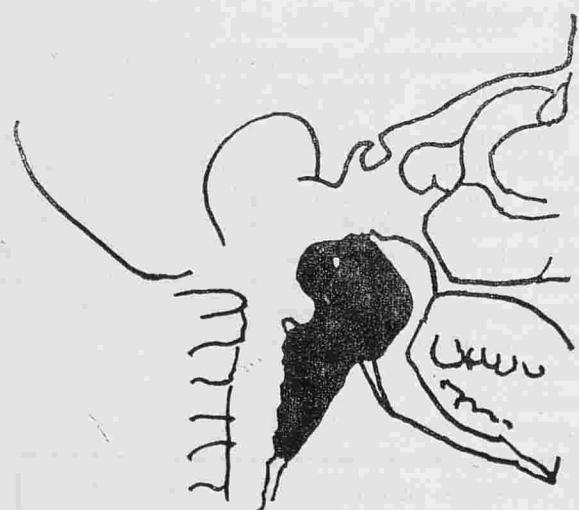
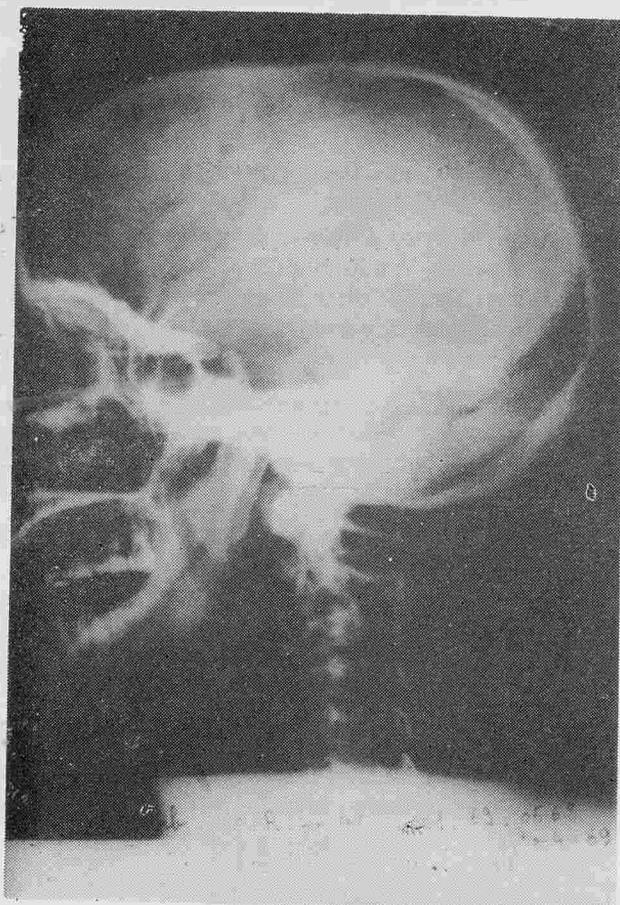


FIG. 1

Cliché standard : Refoulement antérieur de la muqueuse rhino-pharyngée

(Dossier I.N.C. n° 01.69.0562)

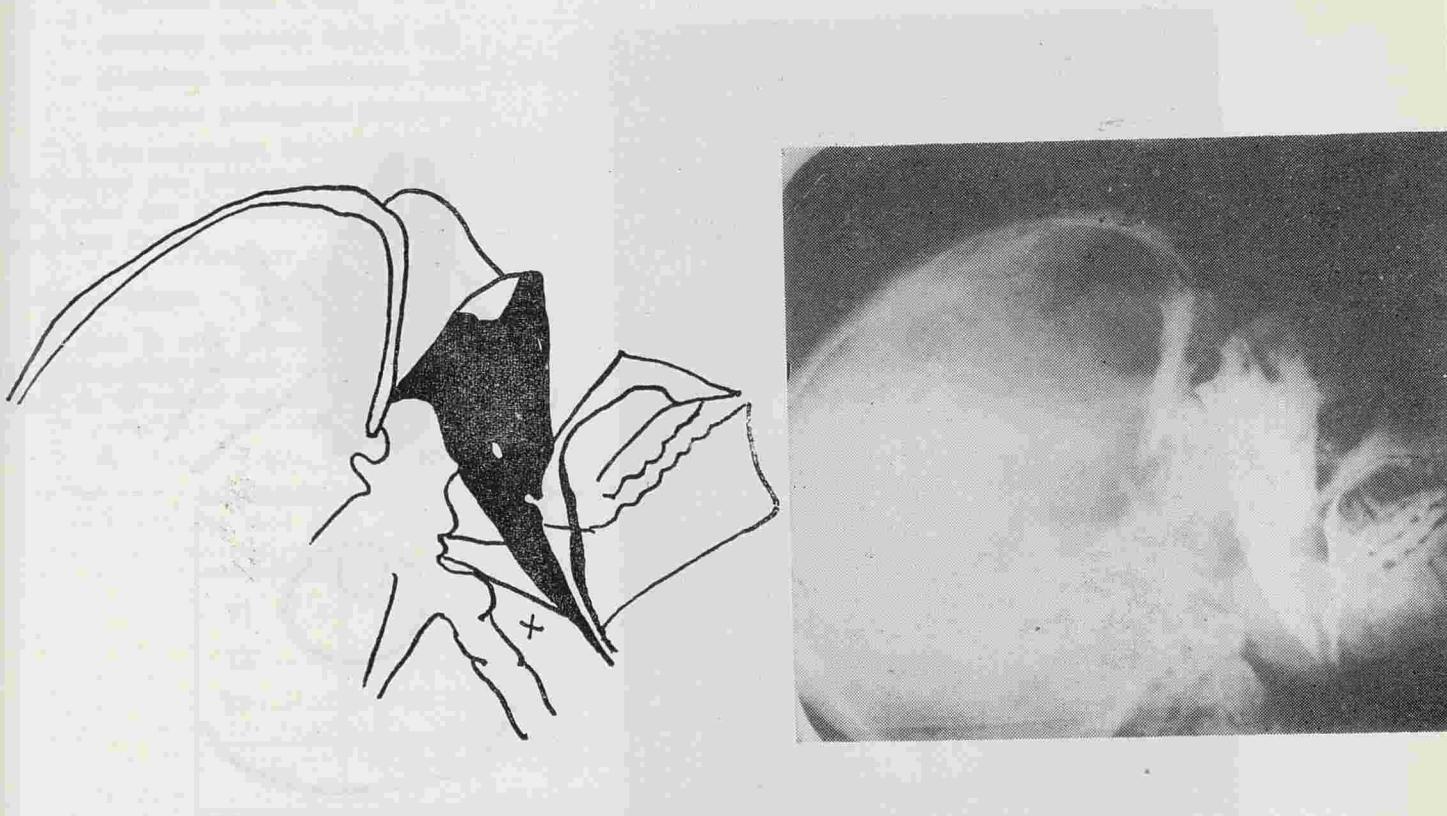


FIG. 2

Cliché de profil en décubitus avec lipiodol : décollement de la muqueuse postérieure
du plan prévertébral (x)

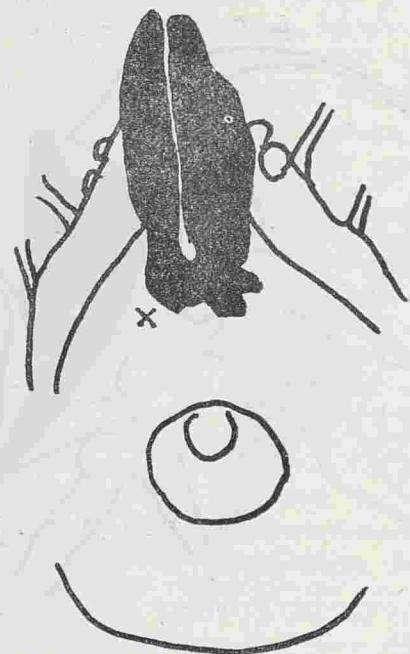


FIG. 3

Cliché en incidence de base (HIRTZ) : défaut d'imprégnation lipiodolée au niveau de la trompe et de la fossette de Rosenmüller et lyse osseuse de la région ptérygoïdienne (x).

La topographie des ganglions est précisée dans 99 dossiers.

— 97 fois, les ganglions siègent dans la gouttière retrandomandibulaire et la partie haute de la chaîne jugulo-carotidienne; ils sont associés à des :

- ganglions jugulaires inférieurs et sus-claviculaires dans 8 cas;
- ganglions spinaux dans 9 cas;
- ganglions sous-maxillaires dans 2 cas;
- ganglions prétragiens dans 2 cas.

— 2 fois seulement, les adénopathies retrouvées n'évoquaient pas immédiatement un cancer du cavum, parce que sous-maxillaires dans un cas, spinales dans l'autre.

Allure clinique.

Ils sont le plus souvent bilatéraux (8 fois sur 10), exceptionnellement controlatéral (1 cas), la taille de la masse uni ou pluriganglionnaire est

dans la moitié des cas comprise entre 4 et 8 centimètres, dans un quart des cas inférieure à 4 cm, dans un quart des cas supérieure à 8 cm, réalisant souvent de monstrueux placards mastoclaviculaires.

3° RECHERCHE DES METASTASES :

Les métastases extra-cervico faciales sont assez rares au premier examen. Nous en avons décelé 5 certaines :

- 2 osseuses (fémur, vertèbre lombaire) et
- 3 thoraciques (poumon, paroi latéro-thoracique).

4° REPARTITION T.N.M. :

Les 3 éléments T (tumeur), N (nodes, ganglions) et M (métastases) étant précisés, nous présentons dans le Tableau 4 la répartition des 123 dossiers dans lesquels il nous a été possible de choisir une classification.

TABLEAU 4. — Répartition T.N.M. des 123 cas.

	N0	N1	N2	N3	Total
T1 . . .	8	11	3	35	57
T2 . . .	3	1	3	12	19
T3 . . .	10	4	2	31	47
Total . .	21	15	8	78	123

Cette répartition nous permet de souligner 4 faits :

- l'absence de T1;
- le petit nombre de malades N0 (21 sur 123);
- le grand nombre de malades N3 (78);
- le grand nombre de malades T4 (47).

La fréquence des longs délais (Tableau 5) séparant l'apparition du premier symptôme et de la première consultation peut expliquer ces faits; mais il faut souligner l'imprécision des données anamnestiques et la latence des tumeurs rhinopharyngées.

En outre, l'ouverture d'un service spécialisé entraîne inévitablement dans les premiers temps de son fonctionnement, le recrutement d'un certain nombre de malades porteurs de tumeurs très évoluées.

LE CANCER DU CAVUM CHEZ L'ENFANT :

En dénombrant les cas observés chez des malades âgés de moins de 15 ans, on constate que 9 malades étaient âgés de 11 à 14 ans et 1 âgé de 7 ans. Ces 10 malades, tous du sexe masculin présentaient un tableau clinique très évocateur. Il y avait 4 lymphoréticulosarcomes et 6 épithéliomas type lympho-épithéliomes.

— Cet état de la variété maladie-cause peut être étudié de deux façons : soit par l'âge au moment de l'apparition des symptômes, soit par l'âge au moment de la consultation. Ces deux méthodes sont complémentaires.

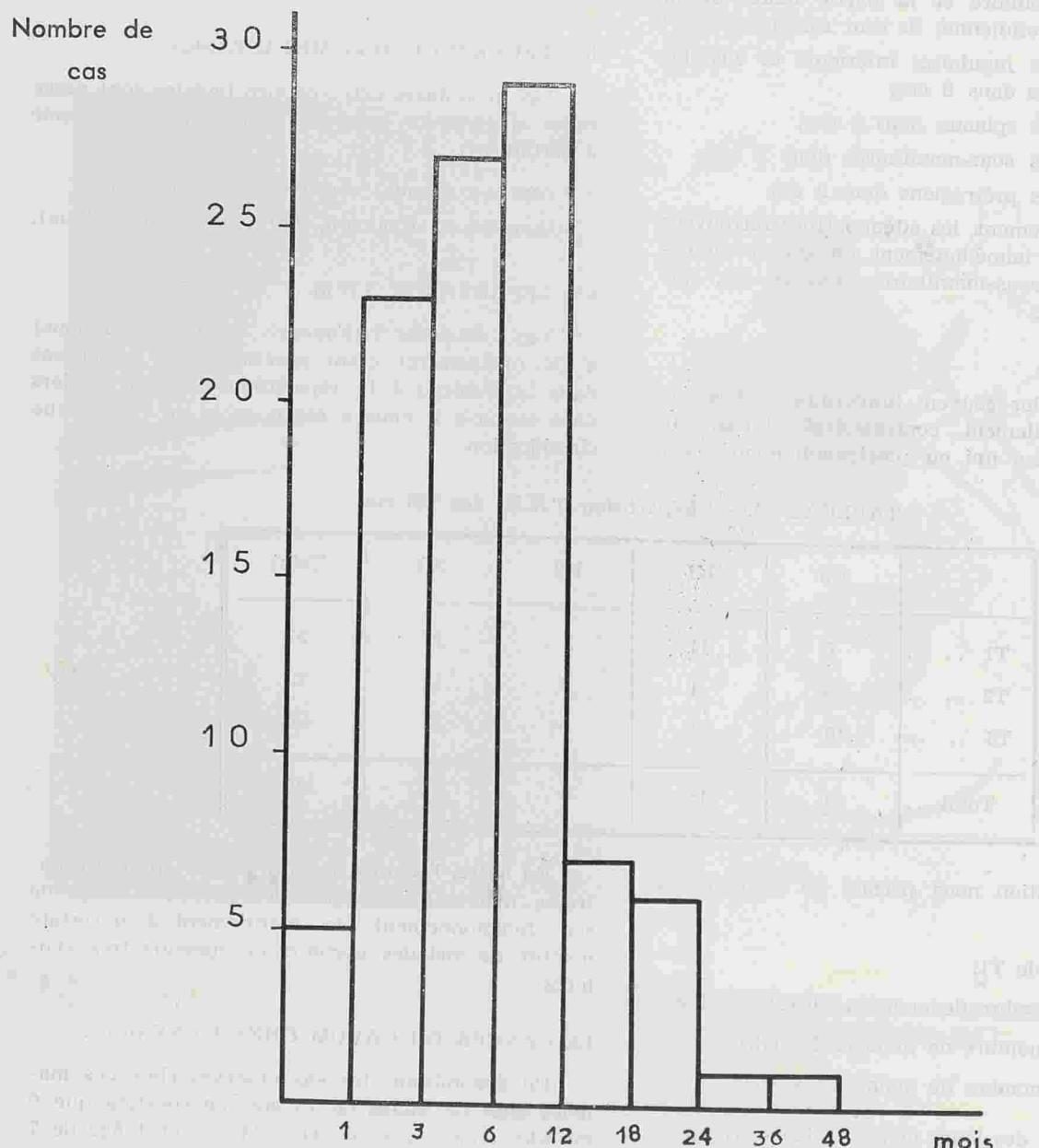


TABLEAU 5. — Intervalle : 1^{er} symptôme — 1^{re} consultation

— (Voir à la figure 11, courbes 2 et 3).

LE DIAGNOSTIC.

Il doit être affirmé par l'étude histopathologique de la tumeur rhinopharyngée. Il peut parfois être discuté cliniquement avec des reliquats lymphoïdes, un fibrome nasopharyngien chez l'adolescent, un polype bénin (KILIAN) au cours d'une sinusite maxillaire chronique polyptuse, exceptionnellement une localisation de tuberculose, de B.B.S ou de Hodgkin. En fait, l'étape essentielle est clinique : le médecin consulté doit penser à cette localisation devant des adenopathies rétro-mandibulaires associées ou non à des symptômes rhinologiques, otologiques, ophtalmologiques ou neurologiques, et penser aux débuts atypiques.

LE TRAITEMENT DE LA TUMEUR :

La base du traitement est l'irradiation transcutanée par le Télécobalt. Elle est réalisée par 2 champs latéraux jugaux préauriculaires, et éventuellement 1 champ antérieur nasal, délivrant une dose moyenne de 4.500 R en 5 semaines.

Une plésiocuriethérapie intra-tumorale de surdosage par Iridium apportant un complément de 5.000 R environ, doit être utilisée ensuite, si les adenopathies sont curables.

LE TRAITEMENT DES ADENOPATHIES :

Peut utiliser isolément ou conjointement l'irradiation transcutanée et la chirurgie (curage ganglionnaire cervical complet uni ou bilatéral). Chez les malades N0, on fait systématiquement une irradiation prophylactique.

CONCLUSION

Il ne s'agit là que d'un premier dénombrement dont le but essentiel est de souligner la fréquence de ce cancer, non seulement parmi les tumeurs O.R.L., mais aussi parmi l'ensemble des tumeurs malignes et d'en rappeler les symptômes révélateurs. Le pronostic lointain de l'ensemble des cancers du cavum reste très sombre (autour de 10 % à 5 ans), mais l'amélioration des techniques permet d'espérer une survie de l'ordre de 50 % à 5 ans dans le groupe des T1-T2 en l'absence de ganglions fixés (6). C'est dire tout l'intérêt qu'il y a à mettre en traitement des malades à des stades limités, tant sur le plan tumoral que sur le plan ganglionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. BREHANT J. et MUSSINI-MONTELLIER J. : Esquisse de la physionomie du cancer en Algérie. *Bull. alg. Carcinologie*, 11, 19, 1959.
2. CHADLI A. et PHILLIPE E. : La physionomie du cancer en Tunisie. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, 1960, 37, 397, 441.
3. HUONG B.Q., BUU-HOI N.P. et DUONG P.N. : Le cancer du naso-pharynx au Vietnam. *Ann. Oto-Laryng.* (Paris), 1969, T. 86, n° 4-5, 267, 278.
4. MANSOURI, STRELKA J., BORNE G. et POSPISIL A. (Oran) : Difficultés et erreurs de diagnostic dans les tumeurs malignes du cavum. *Tunisie Médicale*, janvier 1968, n° 1.
5. MUIR C.S. et SHANMUGARATNAM K. : Symposium UICC sur le cancer du naso-pharynx. Munksgaard, édit., Copenhagen, 1967.
6. PIERQUIN B., CACHIN Y., LEFUR D. et BIGOT R. : Etude de 49 cas de carcinomes épidermoïdes du cavum traités à l'Institut Gustave Roussy de 1960 à 1965. *Presse Méd.*, 76, 1565, 1566, 1968.
7. SITBON J. : Le cancer du cavum en Algérie. *Bull. alg. Carcinologie*, 11, 385, 1959.



51, Av Charles NICOLLE
El-Menzah
TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

CHLORAMPHENICOL B 12

- Comprimés dragifiés
- Poudre aromatisée

COMPOSITION

Comprimés

Chloramphénicol	0,250 gr
Vitamine B12	100 mcg
Excipient Q.s.p.	1 comprimé

Poudre

Chloramphénicol palmitate	13 g
Vitamine B12	0,003 g
Excipient aromatisé Q.s.p.	100 g

PROPRIETES

- L'association du chloramphénicol et de la vitamine B12 assure
- Une protection contre les effets secondaires, gastro-intestinaux et cutanés-muqueux
- Une stimulation des défenses de l'organisme

INDICATIONS

- Infections générales, infections méningées
- Infections de l'appareil digestif respiratoire et urinaire
- Maladies à virus

POSOLOGIE

Suivant la prescription médicale :

Dragées : 4 à 12 comprimés par jour.

Poudre aromatisée orale.

Enfants (moins de 15 ans) 50 mg de chloramphénicol palmitate par kg de poids et par jour.

Nourrissons (moins de 30 mois) : 50 à 100 mg de chloramphénicol palmitate par kg de poids et par jour.

N. B. — 3 cuillères-mesure correspondent à environ 253 mg de chloramphénicol palmitate.

Répartir en 3 à 4 prises régulièrement espacées.

PRESENTATIONS

Flacon de 12 comprimés dragifiés.

Flacon de 20 g de poudre aromatisée orale

TABLEAU «C»

MALADIE D'ALBERS - SCHONBERG

A propos de 3 cas découverts dans une même famille.

par les Docteurs A. KAMOUN, A. BEN ATTIA, K. TOCHEV et J.P. LELOUCHE*

L'enfant Mohamed B.L. âgé de 8 ans a été vu incidemment en décembre 1968 pour une simple radiographie du thorax.

Ce cliché nous a révélé une importante ostéosclérose des vertèbres, des côtes et des clavicules; ces constatations nous ont poussé à faire une étude systématique de tout le squelette de cet enfant.

Le diagnostic de maladie d'Albers-Schönberg était alors quasi certain. Les parents de cet enfant, ainsi que ses frères au nombre 3 et sœurs au nombre de 5 ont été explorés radiologiquement.

Les parents, les 5 filles et un garçon (l'ainé) sur 4 sont indemnes. Par contre 3 garçons

M.B.L. né le 3/8/1960,

C.B.L. né le 7/7/1962,

B.B.L. né le 6/12/1968,

sont atteints de la maladie des os de marbre.

Les deux premiers présentent des signes radiologiques absolument superposables.

Les radiographies du rachis montrent une condensation des corps vertébraux sous forme de bandes épaisses au niveau des plateaux.

Le crâne est volumineux; les os de la base sont d'une opacité très accentuée; les clynoïdes postérieures sont hypertrophiées, ce qui rétrécit la selle turcique; la condensation exagérée des orbites donne le signe de « monture de lunettes »; les trous optiques sont normaux. Notons par ailleurs l'absence de cellules mastoïdiennes pneumatisées alors que les canaux semi-circulaires sont nettement visualisés.

(*) Travail du Service de Radiologie et du Service de Pédiatrie de l'hôpital Habib Thameur, Rue de Valence — Tunis.

Sur le bassin il existe une ostéosclérose de tous les os; les ailes iliaques présentent en particulier un épaississement caractéristique de leurs bords et des stratifications nettes parallèles à ces bords.

Membres supérieurs et inférieurs : les extrémités des os tubulaires sont épaissies. Les régions métaphysico-épiphysaires ont un aspect en massue, en croise de golf; ceci est net aux fémurs, aux tibias, à l'extrémité inférieure du radius de façon plus discrète à l'extrémité supérieure de l'humérus.

La région métaphysaire des os tubulaires présente des striations transversales, bandes sombres et bandes claires alternées et parallèles aux cartilages conjugaux.

Les tibias sont plus atteints à leurs extrémités supérieures qu'à leurs extrémités inférieures. L'inverse se voit sur les fémurs.

Les petits os des carpes et des tarses présentent de fins épaississements sous forme de bandes parallèles aux contours osseux. Sur les métatarsiens, les métacarpiens et les phalanges il existe des striations transversales parallèles aux cartilages de conjugaison. Ces striations sont proximales sur les premiers métatarsiens et métacarpiens et distales sur les autres métatarsiens et métacarpiens. Elles sont proximales sur les phalanges.

Le troisième garçon de cette famille examiné à l'âge de 7 jours présente une importante condensation de la base du crâne et un aspect en massue des extrémités supérieures des humérus et des fémurs sans structure osseuse nettement visible. Revu à l'âge de 4 mois et demi cet enfant présente des signes de la maladie d'Albers-Schönberg un peu plus accentués.

Les deux frères âgés respectivement de 8 et 6 ans ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie en vue d'un bilan biologique.

CAS N° 1. — ENFANT M.B.L.

Interrogatoire :

enfant né à terme,
allaitements maternels,
poids de naissance non précisé,
croissance lente,
toujours fatigué,
angines fréquentes,
pas de notion de fracture,
pas d'ictère.

Examen :

âge 3 ans,
poids 15 kg (N — 24 kg),
taille 103,5 cm. (N — 124 cm.),
périmètre crânien 50 cm.,
tête un peu allongée,
nez épate.

Sur le plan hématologique :

pas de pâleur,
pas de splénomégalie,
le foie débordé légèrement (2 travers de doigt),
ganglion sous maxillaire sensible, probablement
en rapport avec l'amygdalite,
par ailleurs ganglions banals.

Appareil locomoteur :

Exagération de la lordose lombaire,
hanche droite plus haute en position debout et
rejetée en arrière; en position allongée cette
déformation disparaît,
boîterie très nette à la marche,
la distance épine iliaque antérieure-supérieure
et malléole externe est la même des deux côtés — 48,5 cm.

Bilan biologique : Hémogramme.

— G.R.	25/12/1968	4.000.000
	3/1 /1969	4.300.000
	9/1 /1969	4.200.000
	16/4 /1969	4.680.000
— G.B.	20.000-27.000	en rapport avec l'amyg.

Le dernier hémogramme :

G.B. — 7.400,
les plaquettes 180.000 à 2 reprises
bilirubine 7 mgr. par litre.

fer sérique 84 μ ,

le myélogramme (P.S. facile), on n'a pas noté
de modification notable.

Bilan phosphocalcique :

Calcémie 87-90 mgr. par litre,
phosphorémie 63-66 mgr. par litre,
calciurie 91-180 mgr. par litre,
phosphore urinaire 850 mgr. — 1,28 gr. par litre

CAS N° 2 — ENFANT C.B.L.

Découverte d'enquête génétique

Interrogatoire :

enfant né à terme,
poids à la naissance inconnu,
allaitements maternels,
croissance lente,
toujours fatigué, mais pas de maladie connue,
énurésie nocturne.

Examen clinique :

âge 6 ans,
poids 14 kg (N — 22 kg),
taille 93,5 cm. (N — 120 cm.),
périmètre crânien 49,5 cm.

Sur le plan hématologique :

pâleur,
quelques adénopathies banales,
pas de splénomégalie,
foie débordant de 2 travers de doigt.

Examen ostéo-articulaire :

légère hyperlordose, boîterie minime,
ventre tombant, hypotoniques avec distasis des
muscles droits abdominaux.

Bilan biologique : Hémogramme :

25/12/1968	: 4.100.000 GR, 14.200 GB.
9/1 /1969	: 4.020.000 GR, 11.200 GB.
16/4 /1969	: 4.500.000 GR, 7.000 GB.
Plaquettes	: 160.000-200.000.

Fer sérique : 63 γ .

Bilirubine : T. 14; D. 10.

Myélogramme du 2/1/1969, P.S. assez dure, augmentation de plasmocytes, absence de mégamyélocytes.

Bilan phosphocalcique :

calcémie : 85-89 mgr. par litre,
 phosphorémie : 59-65 mgr. par litre,
 calciurie : 21-35 mgr. par litre,
 75 mgr. par litre le 7/1/1969,
 phosphore urinaire : 900 mgr.-1,05 gr par litre.

CAS N° 3 — ENFANT B.B.L.

Vu l'âge de cet enfant les examens ont été limités au maximum; un seul hémogramme a été pratiqué et ne montre pas d'anomalie.

Du bilan biologique des trois frères il ressort que :

- pas d'anémie,
- pas de signes d'hémolyse.

On note cependant deux différences dans le bilan des deux premiers frères :

1° La bilirubine est discrètement augmentée chez le second;

2° La calciurie est plus basse chez lui aussi.

Nous nous trouvons ainsi devant trois cas de la maladie d'Albers-Schönberg.

Les images radiologiques sont caractéristiques de la maladie. Le fait que cette maladie ait été découverte fortuitement chez trois frères, nous a poussé à soulever le problème de mécanisme de transmission héréditaire.

1° Pour certains auteurs (DEBRE) il existe :

a) une forme dominante de bon pronostic et à révélation tardive;

b) une forme récessive avec forte consanguinité, à révélation précoce et à évolution rapidement fatale.

Dans le cas princeps d'Albers-Schönberg (cas découvert à 26 ans lors d'une fracture spontanée et mort à 49 ans d'anémie grave) l'autopsie de la mère morte à 80 ans montrait une maladie d'Albers-Schönberg.

2° Pour ROYER il existe :

a) deux types à transmission dominante. L'un benin avec opacité osseuse. L'autre à évolution progressive vers l'anémie grave;

b) deux types à transmission récessive, l'un modéré de bon pronostic, l'autre précoce et malin. La majorité des cas correspondant à ce type est associée :

- à la fragilité osseuse,
- à l'exophthalmie,
- à l'atteinte du nerf optique,
- et à l'hépatosplénomégalie.

En ce qui nous concerne nous avons observé la maladie des os de marbre chez 3 des 4 garçons d'une famille de neuf enfants, dans laquelle on retrouve la notion de consanguinité.

En effet le père et la mère sont des cousins germains. On pourrait penser à une hérédité liée au chromosome X, voire à une hérédité liée au sexe.

Notons enfin que les deux premiers malades ont le même groupe sanguin A+. Quant aux troubles hématologiques de la maladie d'Albers-Schönberg, leur mécanisme est toujours très discuté; il s'agit habituellement d'une anémie mono ou hypochrome avec réticulocytose et érythroblastose; le nombre de leucocyte est très variable, souvent augmenté. La thrombopénie est fréquente; s'agit-il d'un étouffement médullaire par sclérose ou d'une hémolyse extramédullaire, ou d'une association des deux mécanismes ? Dans nos cas nous n'avons noté aucune anomalie franche de l'hématopoïèse.

Bien que la précocité du début de la maladie soit en principe un élément de pronostic péjoratif, l'âge d'apparition des premiers signes ne saurait faire préjuger de la durée d'évolution. Il semble que les différents traitements proposés, traitement diététique (régime pauvre en calcium) médicamenteux ou chirurgical ne changent pas le cours de la maladie de façon notable.

RESUME

A propos de trois cas de maladie d'Albers-Schönberg découverts dans une même famille.

Le premier cas a été découvert fortuitement lors d'une radiographie thoracique de routine. Cette révélation radiologique nous a poussé à explorer les parents et leurs neuf enfants. Ce bilan radiologique nous a amené aux conclusions suivantes :

1° Les parents, leurs 5 filles ainsi que l'aîné des 4 garçons sont indemnes.

2° Par contre 3 garçons sur quatre sont atteints de la maladie des os de marbre.

A côté de cette notion de sexe nous avons retrouvé celle de la consanguinité des parents.

Bien que les deux premiers des 3 malades présentent un important retard de développement, leur bilan biologique est normal.

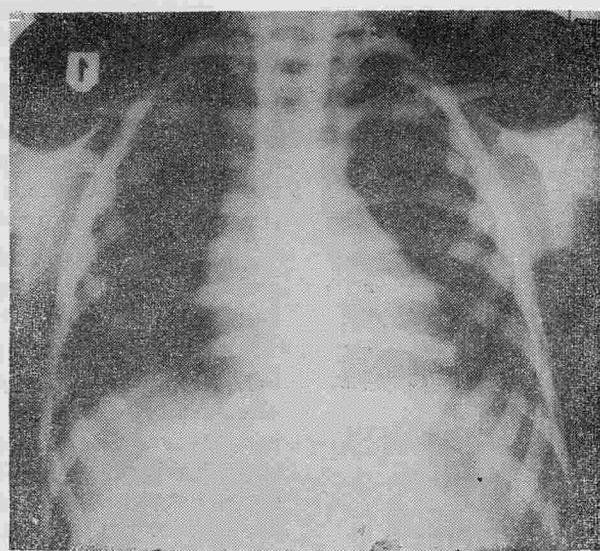


Fig. 1. — cas 1 — Ostéosclérose des vertèbres des côtes et des clavicules

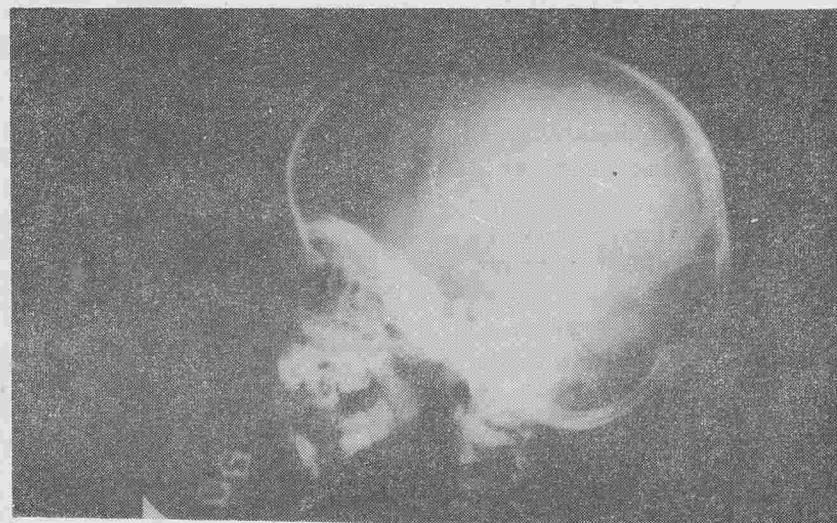


Fig. 2. — cas 2 — Condensation des os de la base du crâne — rétrécissement de la selle turcique dû à l'hypertrophie des clinoïdes postérieures.



Fig. 3. — cas 2 — Trous optiques normaux

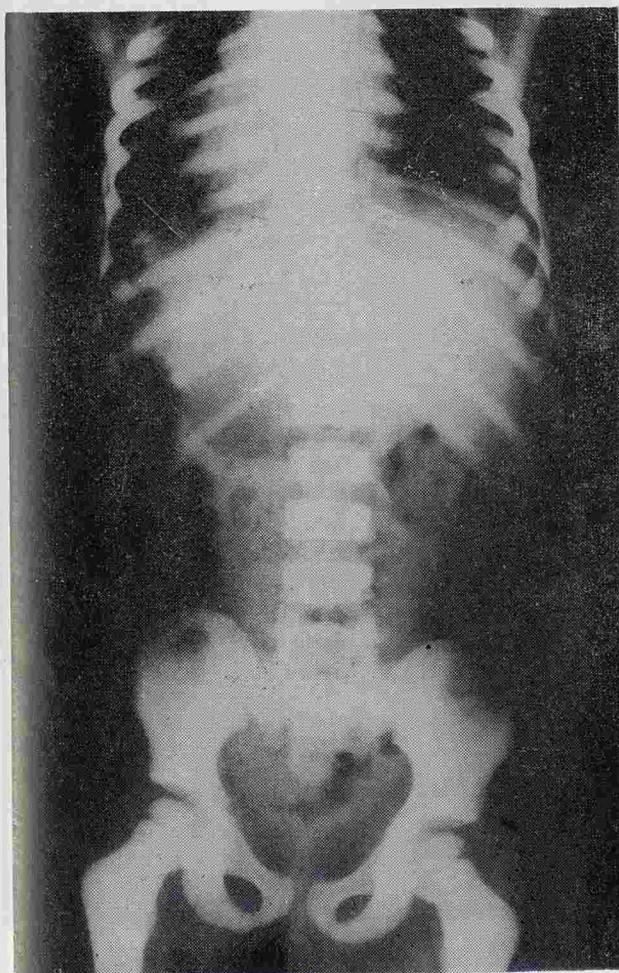


Fig. 4. — cas 1 — Ostéosclérose des corps vertébraux et des os du bassin



Fig. 5. — cas 1 — Aspect en masque des extrémités inférieures des fémurs, striations caractéristiques



Fig. 6. — cas 1 — Agrandissement de ces striations caractéristiques avec l'alternance de bandes sombres et de bandes claires

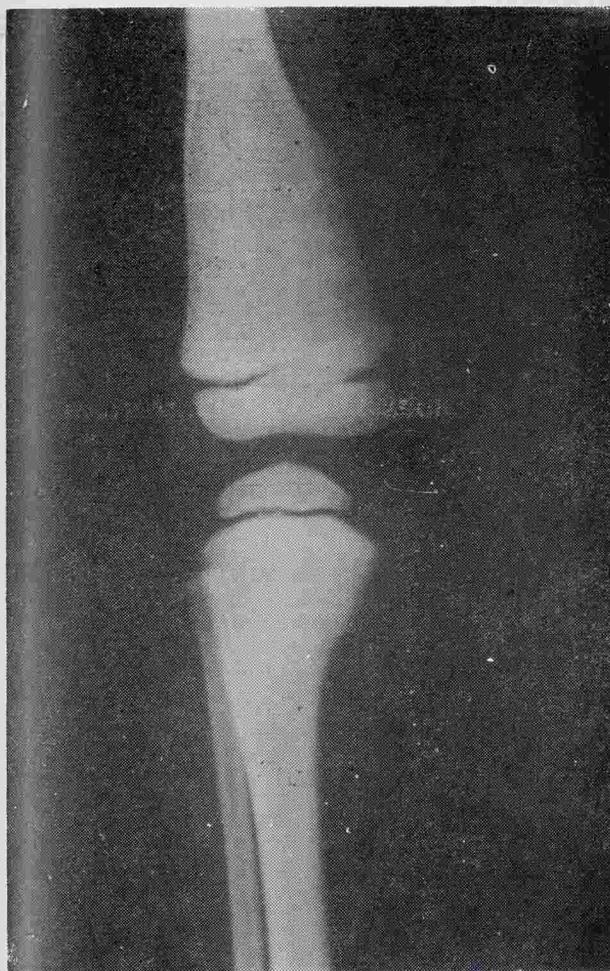


Fig. 7. — cas 2 — même aspect en massue avec striations de l'extrémité supérieure du tibia

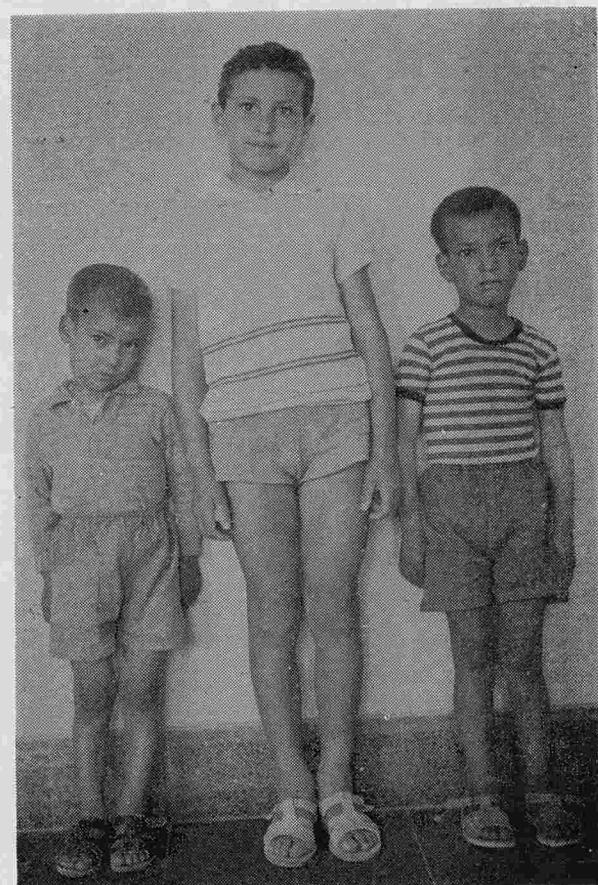


Fig. 8. — enfant témoin — 8 ans (au milieu)
M.B.L., 1^{er} cas, 9 ans (à droite)
C.B.L., 2^e cas, 7 ans (à gauche)

BIBLIOGRAPHIE

- LAURELL H., WALGREN A. — Untersuchungen über einen Fall einer eigenartigen Skeletterkrankung (Osteosclerosis fragilis generalisata) *Upsala Läk-Förh.*, 1920, **25**, 309.
- BERNHARDT H. — Ein Beitrag zur Marmorknochenerkrankung. (Albers-Schönbergsche Krankheit). *Klin. Wschr.* 1926, **5**, 415.
- FLOOD R.G. — Calcium metabolism in Albers-Schönberg disease. *Calif. West. Med.* 1929, **31**, 203.
- MC CUNE D.J., BRADLEY C. — Osteopetrosis (marble bones) in an infant. Review of literature. *Amer. J. Child.* 1934, **48**, 949.
- HARNAPP. — Zum Bilde der Marmorknochenerkrankheit. *Mschr. Kinderheilk.* 1937, **E**, 69.
- CLIFTON W.M., FRANK A., FREMAN S. — Osteopetrosis (marble bones) *Amer. J. Dis. Child.* 1938, **56**, 1020.
- CREVELD S. VAN HEYBROECK N.J. — On Albers-Schönberg disease (marble bones) *Acta paediat. (Uppsala)*. 1939, 1940, **27**, 462.
- BONDUELLE M., LE BOZEC R. — Un cas d'ostéopétrose silencieuse. *Rev. Rhum.* 1947, **3**, 83.
- CADY, GRANGE. — Un cas d'ostéopétrose d'Albers-Schönberg chez un enfant de 8 ans *Arch. Franç. Pédiat.* 1952, **5**, 538-545.
- SCHINZ, BAENSCH, FRIEDL, UEHLINGER. — *Lehrbuch der Röntgendiagnostik*, 1952, Thieme Verlag Edt., Stuttgart.
- LEFEBVRE, VANDERDORF, BENOIT. — Essai de greffe osseuse suivie de splénectomie chez un nourrisson atteint d'une maladie d'Albers-Schönberg à forme précoce maligne. *Arch. Franç. Pédiat.* 1955, **12**, 4, 368-382.
- PAOLINO W., MOLINATTI G.M., RESEGOTTI L. — Peculiare anomalie ematologiche ed endocrinie in un caso di osteopetrosi generalizzata (Malattia di Albers-Schönberg) *Minerva med.* (Torino), 1955, **46**, N° 82, 948.
- CLEMENT, COMBES-HAMELLE, RICHIR, DESINGOLLE, POUJOL, FLEIDER. — Ostéopétrose généralisée du nourrisson (maladie d'Albers-Schönberg avec adénomégalie de type Hodgkinien). *Presse méd.* 1957.
- SARROUY C., GILLET F., SENDRAIL, LEGEAIS G., FAROUZ S. — 2 cas d'ostéopétrose dans une même fratrie. *Presse méd.* 1957, **65**, N° 76 1692-1694.
- ZETTERSTROM R. — Osteopetrosis (marble bone disease). Clinical and pathological review, Problème actuels de Pédiatrie III. *Bibl. Paediatrica* (suppl. Ann. Paediat.), Fasc. 1956, **66**, 483.
- SJOLLIN S. — Studies on osteopetrosis. Investigations concerning the nature of the anaemia. *Acta paediat.* 1959, **48**, 529-544.
- GAMSU, LORBER, RENDLE-SHOR. — Hemolytic anaemia in osteopetrosis. *Arch. Dis. Child.* 1961, **36**, 189 494-499.
- LIEVRE J.A., MILHAUD, CAMUS. — Ostéopétrose. Etude d'une famille comportant 12 sujets touchés en quatre générations, étude métabolique à l'aide du Ca radioactif. *Rev. Rhum.* 1962, **29**, 258-264.
- JAWORSKI Z.F., BROWN E.M., FEDORUK S., SETTZ H. — A method for the study of calcium absorption by human but using a standard dose of calcium labeled with calcium. *New Engl. J. Med.* 1963, **269**, 1103-1111.
- CHEVALLIER J., BIGNON J., BROUETG. — Un cas d'ostéopétrose idiopathique avec hypophosphorémie chez un homme de 60 ans. *Sem. Hôp. Paris* 1963, **39**, N° 3/1, 124-138.
- GIRAUD, BERNARD, ORSINI, SANSOT, PINSARD, MARIANI, UNAL. — A propos de deux observations de maladie d'Albers-Schönberg, chez deux sujets d'une même fratrie *Arch. franç. Pédiat.* 1964, **21**, N° 5, 619-626.
- NEIMANN, PIERSON, MARCHAL, MICHAUD. — Evolution et pronostic de la forme précoce et grave de la maladie d'Albers-Schönberg. *Pédiatric.* 1964, **19**, **3**, 293-297.
- MATHE G., AMIEL. — Les réactions immunologiques de greffe. *Presse méd.* 1964, **72**, 40, 2331-2336.
- VIALATTE J., PAUPE J., DURAND, DENAND B. — L'anémie de la maladie d'Albers-Schönberg *Méd. Infant.* 1965, **72**, 507-511.
- HITZIG, KAY, COTTIER. — Familial lymphopenia With agammaglobulinemia. *Lancet*, 1965, **2**, 151-154.
- DENT, SMELLIE, WATSON. — Studies in osteopetrosis. *Arch. Dis. Child.* 1965, **40**, 7.
- FREDERICH A. — La vitamine D. Métabolisme, actions physiologiques et pharmacodynamiques. *Path. et Biol.*, 1965, **13**, 7-8, 434-457.
- BOCQUET L., PUISSANT, TOUMIEUX. — Survie prolongée d'une forme maligne précoce de la maladie d'Albers-Schönberg. *Bull. Soc. méd. Paris*, 1966, **117**, **12**, 1227-1233.
- Clinical Pathological conférence. *J. Pédiat.* 1966, **67**, **1**, 133-143.
- MIRAGLIA M., STOPPOLONI G. — Sull osteopetrosa precoce maligna (contributo clinico) *Pediatria*, 1966, **2**, 299-318.

31. GROSSMAN J. — Bone metabolism and skeletal diseases general view Z. Arztliche Fartbild (Iena) 1966. Germany.
32. MORROW, BARNESS, FOST, RASMUSSEN. — Calcium mobilization in osteopetrosis Amer. J. Dis. Child., 1967, **114**, 2, 161-168.
33. PAUPE J., NEZELOFF CH., DENAN B., VIALATE J. — L'ostéopétrose avec rachitisme. A propos d'un cas avec étude anatomo-pathologique. Ann. Pédiat., 1967, **14**, 687-697.
34. BIASINI, AGOSTINI, MONTAGUTTI, VULLO. — Osteopetrosi precoce maligna. Clin. Pediat. (Bologna) 1967, **79**, 2, 83-89.
35. FARRIAUX J.P., WOILLEZ, MAILLARD, FRANÇOIS, FONTANEG. — Maladie d'Albers-Schönberg. Deux observations dans une même fratrie. Presse méd. 1967, **75**, 14, 705-710.
36. VILLIAUMEY J. — L'étude du métabolisme du calcium et de la physiopathologie osseuse par les radioisotopes. Sem. Hôp. Paris, 1967, **43**, 994-1003.
37. LEWS M.D. — Ostéopathia striata, ostéopetrosis, and impaired hearing. Arech. otolaryngol, Chicago, 87-116-8, 1967.
38. HARRISON H.E. — Hereditary metabolic bone diseases. Clin. Orthoped. 33-147-63, 1968.
39. ROSENBERG D., DAVID L., FREDERICH A., FLEURETTE J., MONNET P., et FRANÇOIS R. — Ostéopétrose d'Albers-Schönberg. Annales de Pédiatrie, N° 4, Avril 1969.

un corps pur, original,
exclusivement
antalgique

le **glifanan**

glaphénine

- 
- arthroses
 - lombalgies et sciaticques
 - épaule douloureuse
 - entorses
 - luxations
 - traumatismes
 - douleurs dentaires
 - dysménorrhées
 - viscéralgies
 - céphalées - migraines

douleurs aiguës

dose d'attaque : 2 comprimés puis 1 - ou 2 - comprimés à la demande 5 par jour au maximum

douleurs chroniques

première prise : 1 ou 2 comprimés 3 ou 4 par jour au total

ne pas dépasser 2 comprimés par prise ; dans les traitements de longue durée, il est conseillé de ne pas excéder 4 comprimés par jour

boîte de 18 comprimés, présentés sous pellicule thermoplastique, dosés à 200 mg de glaphénine et portant une barre de cassure
Tableau C - P.CI 9 - S.S. : remboursable

mode d'emploi
à prendre de préférence avant les repas.

ROUSSEL

les laboratoires ROUSSEL
35, Boulevard des Invalides
Paris 7^e - Tél. 705-93-28

réf. 65-35

CALCINOSE

A propos d'un cas chez un adolescent de 17 ans

par les Docteurs A. KAMOUN, A. CHARRAD, N. AZAIZ, K. TOCHEV et M. KHLIF

La calcinose est une affection rare, se traduisant par des précipitations calcaires localisées au voisinage des articulations ne répondant à aucune étiologie satisfaisante et n'ayant aucune pathogénie connue. L'évolution est indolore et le pronostic bénin.

Nous avons eu l'occasion d'étudier une telle observation qui nous a paru intéressante et que nous rapportons ici.

Le jeune homme A..., âgé de 17 ans, est hospitalisé pour des tuméfactions des deux hanches. L'interrogatoire nous apprend que ces masses tumorales sont apparues progressivement, dans l'intervalle de deux mois, et découvertes à la palpation par le patient lui-même, ce qui l'amène à consulter.

Le coude droit est le premier atteint, puis la hanche gauche, et enfin la hanche droite.

A son admission à l'hôpital, l'état général est bon, et la symptomatologie est locale.

On ne relève aucun antécédant personnel ou familial pathologique particulier, notamment :

- pas de traumatisme;
- pas de lésions, ni de modifications cutanées;
- pas de signes de troubles vasculaires, ni nerveux.

Le malade présente des tuméfactions isolées sans signe d'accompagnement. Elles siègent au niveau :

- de la face postérieure du coude droit
- et de la face externe des deux hanches.

La plus importante de ces masses néoformées est celle voisinant l'articulation coxofémorale gauche. Elle est sphérique, de 10 cm, de diamètre environ, aux contours plus ou moins réguliers.

De consistance variable faisant alterner des zones dures nodulaires et des zones molles.

On retrouve ces caractères physiques au niveau des deux autres localisations. Seul, le volume tumoral les différencie.

Les radiographies standards pratiquées sous multiples incidences mettent en évidence des opacités, pariarticulaires et extraosseuses, en partie calcifiées se présentant sous forme d'aggrégats plus ou moins confluentes.

Ces précipitations de calcium se retrouvent au niveau des articulations des deux hanches, du coude droit, et de façon beaucoup plus discrète au niveau des articulations médio-tarsières droites.

Une étude radiologique du squelette de ce malade est pratiquée. Il n'existe pas d'autres localisations en dehors de celles relatées ci-dessus.

Le diagnostic de calcinose est alors évoqué.

La ponction de ces néoformations ramène un liquide blanc laiteux qui s'avère être des phosphates et des carbonates de calcium, confirmant ainsi notre diagnostic de calcinose.

Il est à noter que l'examen cytobactériologique du liquide de ponction est négatif.

Par ailleurs, la calcémie, la phosphorence et les phosphatasées alcalines sont normales, ainsi que le bilan rénal.

Devant le caractère indolore de la maladie devant l'absence de gène fonctionnelle notable, le malade a quitté l'hôpital pour être suivi régulièrement à la consultation. Des radiographies intéressant les régions atteintes pratiquées trois mois plus tard n'ont pas montré de modification par rapport aux examens antérieurs.

Les diagnostics pouvant être discutés :

1° Une dystrophie locale ou une ossification, telle qu'une ostéolyse post-traumatique; on élimine ce diagnostic devant :

- l'absence de trainées osseuses,
- et l'absence de cellules ostéoformatrices à l'examen histologique.

2° *Les calcinoses métaboliques*, dues à une perturbation du métabolisme phosphocalcique :

- hypercorticisme,
- hyperthyroïdie,
- vitamine D en excès,
- syndrome de Burnet,
- insuffisance rénale.

3° *Les collagénoses* : au cours des sclérodermies ou de dermatomyosite.

Calcinose interstitielle + sclérodermie c'est le syndrome de Thibierge Wassembach. Mais ici il y a des calcifications surtout aux extrémités (phalanges).

4° *Troubles circulatoires* :

Exemple : le syndrome de Raynaud.

5° *Calcinose idiopathique* :

— La douleur est fugace et migratrice, l'importance fonctionnelle est minime et avec rechute.

— Surtout il y a des phénomènes inflammatoires importants faisant penser à une monoarthrite infectieuse ou P.C.E.

— Ici il y a une altération de l'état général.

Mais parmi les trois entités de la calcinose, nous avons placé notre cas dans la

— *lipocalcinogranulomatose*.

Nous avons ainsi éliminé

— *la calcinose circonscrite ou localisée* : qui est souvent associée à la sclérodermie = le syndrome de Thibierge Wassembach;

— *la calcinose généralisée ou universelle* : associant l'atteinte de la peau du tissu cellulaire sous-cutané et des muscles.



FIG. I

Radiographie du coude droit.

Les opacités périarticulaires sont groupées en groupes séparées les unes des autres par des espaces radiotransparents.



FIG. II et III .

Radiographies des deux hanches et de la hanche gauche agrandie.

Présence d'opacités confluentes bilatérales. On remarque en bas et en dehors des deux côtés des dépôts calcaires représentant des lésions élémentaires

BIBLIOGRAPHIE

- BAUER W., MARBLE A. et BENNETT G.A. — Further Studies in cases of calcification of subcutaneous tissue in child. *Am. J. M. Sc.*, 1931, **182**, 237-251.
- SCHOLTZ T. — Diffuse interstitial calcinosis, Report of case with review of literature. *Radiology*, 1934, **22**, 54-63.
- BOULAM M. — Calcinosis with report of case of calcinosis universalis. *Brit. J. Dermat.*, 1935, **47**, 340-351.
- Teutschlaender über progressive lipogranulomatose der Muskulatur. *Eugliech Ein Beitrag - Zur Pathogenese der myopathia osteoplastica progressiva*. *Klin. wehnschr.*, 1935, **14**, 451-453.
- ROTHSTEIN J.L. et WEST S. — Calcinosis universalis and calcinosis circumscripta in infancy and childhood : 3 cases of calcinosis universalis with review of literature. *Am. J. Dis. child.*, 1936, **52**, 368-442.
- EPSTEIN E. — Ediopathic calcinosis cutis : Review with report of two cases. *Arch. Dermat. Syph.*, 1936, **34**, 367-377.
- COMBOS B.L., CHAMBERLIN G.W. et SUNDERMAN F.W. — Interstitial calcinosis : Report of case and Review of literature. *Am. Roentgenol and Rad. Therapy*, 1939, **41**, 749-757.
- INCLAU A. — Tumoral calcinosis. *J.A.M.A.*, 1943, **121**, 490-495.
- BEDETTI D. — Sulla cosiddetta (lipocalcinogranulomatosi delle borse micosi) e suoi rapporti colla calcinosi interstiziale + giovanile radiologica, Roma, 1946, 2/4, 223-248.
- MULLIGEN R. — Mi metastatic calcification. *Arch. Path.*, 1947, **43**, 177-230.
- THOMSON J.E.M. et TANNER F.J. : Tumoral calcinosis. *J. Bone and Joint Surg.*, 1949, **31 A**, 132-140.
- COSTHUIZEN S.F., LE ROUX P. et WET A.J. — Calcinos-universalis type lipocalcinogranulomatosis. *Brit. J. Radiol.*, 1950, **23**, 598-600.
- SOEUR R. — La clacinoze. *Acta chirur. Belge*, 1950, **49**, 240-248.
- CARDOEN G. — Le syndrome « calcinose ». *Acta chirur. Belge*, 1951, **50**, 545-562.
- F. ROCHLICH A. L. — Les Xanthomatoses. *Les Editions Acta Medica Belgica*, Bruxelles, 1951
- HALPER H. — Calcinosis with description of case of calcinosis circumscripta. *Brit. C. Radiol.*, 1952, **25**, 584-588.
- APAK S. — Lipocalcinogranulomatose (Teutschlaendersche Krankheit) *Zeitsch für. Kainderh*, 1958, **31**, 348-366.
- PALMER P.E.S. — Massive (Or tumoral) calcinosis. *Brit. G. Radiol.*, 1958, **31**, 104-105.
- BARTOU D.L., CAPTAIN N.L. et RECEVES R.J. — Tumoral calcinosis : Report of three cases and review of the literature. *Am. J. Roentgenol.*, 1961, **86**, 351-358.
- BENASSY J., MAZABRAUD A. et DIVEREES C. — L'osteogenèse neurogène. *Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur*, Paris, 1963, **49**, N° 1, 95-116.
- MERLE D'AUBIGNE R., MAZABRAUD A. et CAHEN C. — La nécrose idiopathique de la tête fémorale : Etude anatomo-pathologique et orientation thérapeutique. *Semaine des Hôpitaux*, 1963, N° 57/8, 2773-2794.
- SEZE S., DE JAFFRES R., MERER P., MITROVIC D. et MAZABRAUD A. — Aspects histologiques de l'osteonécrose aseptique barotraumatique. *Semaine des Hôpitaux*, 1963, N° 19/4, 869-878.
- SEZE S., DE FRESSINAND L., BESSON J., MAZABRAUD A. et MITROVIC D. — Etude d'un cas de chondro-calcinose articulaire diffuse. *Semaine des Hôpitaux*, 1963, N° 31/6, 1515-1525.
- TRACA G., HANNEBERT J.N. et MAZABRAUD A. (Louvain et Paris). — Considérations sur un cas de lipocalcinogranulomatose. *Presse Médicale*, 1965, **73**, N° 10, 543-546.
- AMIEL M. — A propos d'une observation de calcinose périarticulaire. *S. de Radio*, Tome 49, N° 1-2, 1968.

avantol

levet kraemer 65

pare aux agressions
répare les désordres de l'asthénie

complément métabolique équilibré

- **asthénies liées à certaines périodes de la vie :**
troubles de la croissance, puberté, allaitement, involution sénile.
- **asthénies consécutives à la grippe**
et aux fièvres éruptives de l'enfance.
- **asthénies en rapport avec des conditions de vie**
défectueuses : inadaptation.
- **asthénies essentielles.**

cure de 20 jours, renouvelable en cas de besoin
après arrêt de 10 jours :

jusqu'à 15 ans : 1 ampoule au petit déjeuner,
au-dessus de 15 ans : 2 ou 3 ampoules par jour
(1 ou 2 au petit déjeuner, 1 au déjeuner).

ampoules buvables

avantol parfumé au citron et au cassis se prend dilué
dans son volume d'eau. pas de contre-indications.

coffret de 20 ampoules, remb. s.s. (p.cl. 18) tableau C

composition :

acétylglutamine : 0,050 g - chlorhydrate de pyridoxine (vit. B6) : 0,150 g - cyanocobalamine
(vit. B12) : 0,0001 g - dithionate de calcium : 0,250 g - dithionate de magnésium : 0,125 g
excipient stabilisé et aromatisé q.s.p. 10 ml (P.hydroxybenzoate de méthyle sodique : 1,5 p. 1000
acide benzoïque : 0,1 p. 1000).

BACTISUBTIL

ampoules buvables - gélules

*protège l'intestin de l'enfant
et de l'adulte
dans les diarrhées
et les accidents intestinaux
dus aux antibiotiques per os.*

Posologie :

Traitement d'attaque : 4 à 6 ampoules buvables ou gélules par jour

Traitement d'entretien : 2 ou 3 ampoules buvables ou gélules, réparties dans la journée, en dehors des repas.

Composition : Culture pure de *Bacillus subtilis*, répartie sous forme liquide en ampoules buvables de 10 ml, ou, après centrifugation et séchage, en gélules à ingérer ou à ouvrir.

A propos d'un cas de maladie de Gaucher

par R. BEN OSMAN, Mme I. ZAIMI et V.A. TOMA

La maladie de Gaucher se définit par des dépôts de cérébrosides dans le système réticulo-endothelial. Cette dyslipoïdose est connue depuis fort longtemps puisqu'elle a été décrite par Gaucher en 1882. Nous en rapportons ici une observation.

L'enfant Ammar Ben Mohamed âgé de 4 ans est entré dans le service le 13 mai 1968 pour une splénomégalie très importante. L'histoire de sa maladie remonte à environ 2 ans, date à laquelle les parents ont remarqué une augmentation progressive du volume de l'abdomen de leur enfant jusqu'à la bientôt portant.

L'enfant est alors montré à un médecin de ville qui découvre une splénomégalie, demande un hématogramme qui se révèle normal et prescrit un traitement sans aucun résultat, le ventre continuant à augmenter de volume de façon très progressive, sans aucune autre manifestation. Cependant les parents remarquent dans les mois qui suivent un ralentissement net de la croissance.

L'examen du malade dans le service montre qu'il s'agit d'un enfant vif, dont l'intelligence semble normale, mais dont la taille est nettement au-dessous de la normale = 82 cm à l'âge de 4 ans. (Fig. 1 et 1 bis).



FIG. 1

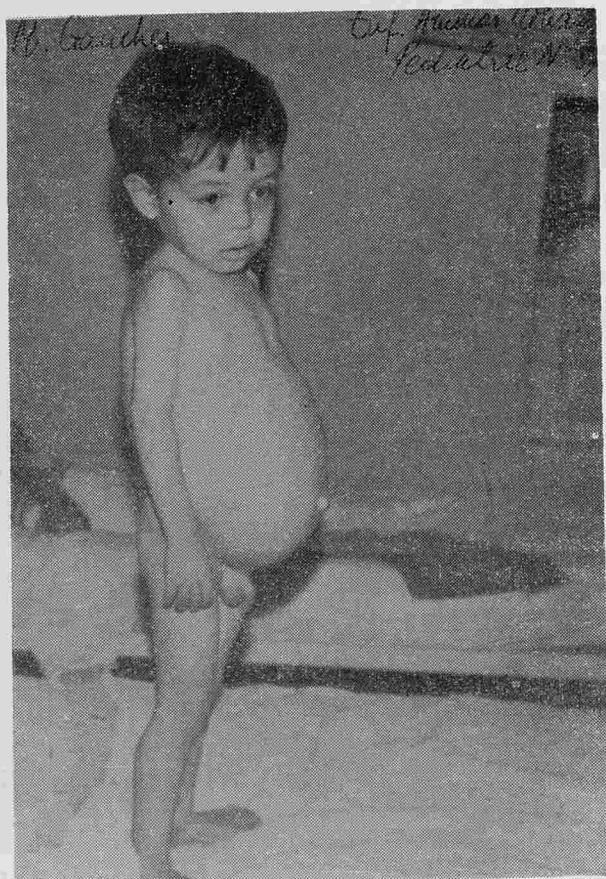


FIG. 1 bis

On note une splénomégalie considérable avec une rate énorme arrivant jusqu'au pubis, débordant la ligne ombilicale et descendant jusque dans la fosse iliaque droite = elle est lisse et régulière de consistance ferme, mobile sans aucune adhérence et non douloureuse.

Le foie est augmenté de volume, débordant de plus de trois travers de doigt le rebord costal, de consistance ferme.

Il n'y a pas d'ascite, les aires ganglionnaires sont normales, il n'y a pas de purpura ni de signes hémorragiques. Enfin, pas de pigmentation cutanée et examen neurologique normal.

Des examens complémentaires ont été pratiqués :

Hémogramme qui montre une légère anémie à 3.200.000/mm³.

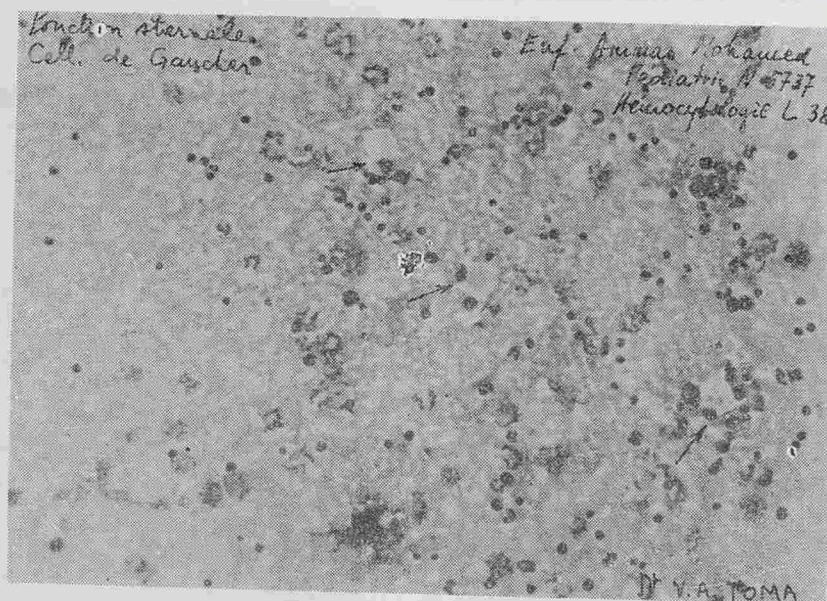


FIG. 2

La ponction splélique montre que la moitié des cellules visibles sur les frottis, ont de grandes cellules à 2,3 et même 4 noyaux. On note en outre sur les étalement en plus des lymphocytes et monocytes un nombre assez élevé de plasmocytes. (Fig. 3 et 3 bis).

D'autres examens complémentaires ont été pratiqués.

V.G. 0.96
Plaquettes 110.000
Leucocytes 5.000
avec 38 % de polynucléaires neutrophyles
59 % de lymphocytes
3 % de monocytes

Le myélogramme montre :

- une diminution des mégacaryocytes
- une lignée myéocytaire sensiblement normale
- et une erythroblastose à 58 %,

mais on note surtout la présence de cellules de Gaucher, grandes cellules de 3 à 60 μ à cytoplasme fœuilleté et cotonneux, parfois mousseux, à noyau ovoïde excentrique, parfois irrégulier et bourgeonnant. (Fig. 2).

Taux des lipides normal à 4,5 g. %, cholestérol sanguin à 1,30 g.

Electrophorèse sérique normale en dehors d'une hypergammaglobulinémie à 27 %

Temps de saignement et de coagulation normaux

Les fonds des yeux sont normaux.

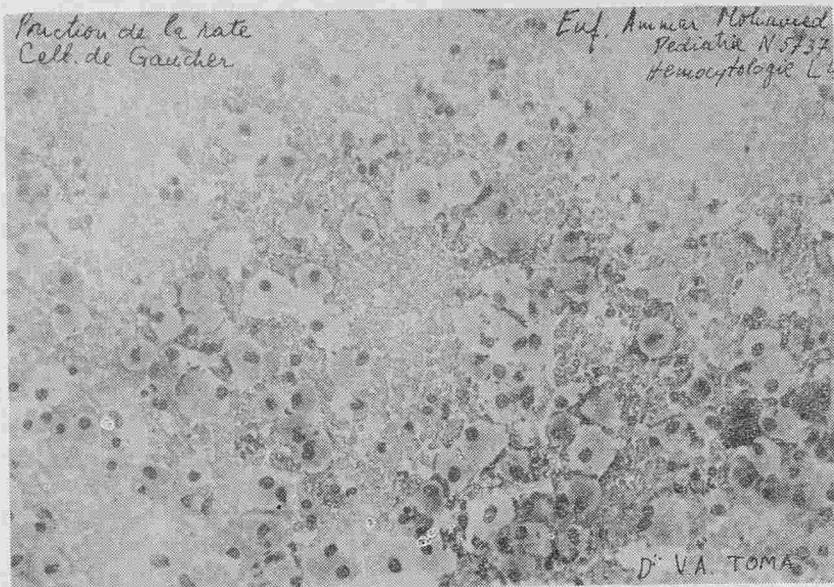


FIG. 3



FIG. 3 bis

Les radiographies du squelette n'ont rien montré en dehors d'une discrète décalcification diffuse.

La maladie de Gaucher étant une maladie à hérédité autosomique récessive, nous avons fait l'étude de la famille.

Les parents sont cousins germains mais ils n'ont ni splénomégalie ni cellules de Gaucher dans leur moelle osseuse, l'examen de la sœur du petit malade, seul élément de la fratrie, âgée de 1 an a été aussi négatif. Il est à noter cependant que l'oncle maternel du malade présente une splénomégalie modérée, mais la ponction sternale n'a rien révélé.

En résumé il s'agit d'un enfant de 4 ans dont la symptomatologie se limite à une anémie modérée avec hépatosplénomégalie et retard de croissance, sans signes neurologiques et chez lequel le myélogramme et le splénogramme ont révélé l'existence de cellules de Gaucher.

On sait que le cérébroside accumulé dans ces cellules est un gluco-cérébroside, accumulation résultant d'un déficit enzymatique, ce déficit empê-

chant la conversion du gluco-cérébroside en galactocérébroside.

Au point de vue pronostic, quel va être le devenir de cet enfant ?

Bien que la terminaison soit toujours fatale, l'évolution peut être longue, s'étalant sur plusieurs années, voire même dix quinze et même vingt ans, cette splénomégalie monstrueuse étant étonnamment bien tolérée.

Puis survient la période des accidents.

Douleurs abdominales, troubles digestifs, œdèmes des membres inférieurs, cachexie progressive et mort par infection intercurrente ou par accidents hémorragiques.

Au point de vue traitement, il n'y a aucune thérapeutique à opposer à la maladie, seule la splénectomie quand elle a des indications précises — hémorragies ou anémie importante par hypersplénisme ou signes de compression du fait du volume même de la rate) peut donner des améliorations indiscutables bien que la mortalité opératoire soit élevée, elle ne doit constituer qu'un traitement de nécessité.

BIBLIOGRAPHIE

- PHAM-HUU-TRUNG et PIUSSAN, Paris, « Maladie de Gaucher chez l'enfant », Méd. Infant., 74, n° 2, (Fév. 68), p. 135-140.
- ATTAL C. Paris, « Maladies apparentées aux Neurolipidoses », Méd. Infant., 74, n° 2, (Fév. 68), p. 161.
- BERNARD et PAYAN, Archives Françaises de Pédiatrie, « Maladie de Gaucher du nourrisson », Tome XVIII, Mars 1961, p. 393

d'emblée ...

ALPHACHYMOTRYPSINE CHOAY

anti-inflammatoire de prescription quotidienne



INJECTABLE

Boîte 5 flacons (25 u. C. Hb.)

COMPRIMÉS

Boîte 20 comprimés dosés à 25 u. C. Hb.

POMMADÉ

Tube 20 g 300 u. C. Hb.

S.S. — A.M.G. — P. Cl. 22 — 9 — 8

Traumatologie
Chirurgie générale
Chirurgie plastique et réparatrice
Gynécologie-obstétrique
O.R.L.
Broncho-pneumologie
Gastro-entérologie
Phlébologie
Rhumatologie

POSOLOGIE :

Voie intramusculaire (25 à 50 u. C. Hb. par jour).

Voies sublinguale et orale (5 à 8 comprimés par jour).

Voie percutanée (3 à 4 applications quotidiennes).



antibiothérapie locale de sécurité

BACICOLINE®

COLISTINE (colimycine R. Bellon) + chloramphénicol + hydrocortisone

**Solution
Ophta O.r.l.**
conjonctivites
bactériennes
otites aiguës et
chroniques



Otocones®
otites

Flacon de 5 ml. - S. S. P. Cl. 8 - Tabl. A - 3 à 8 instillations par 24 h.
Boîte de 12 otocones - S. S. P. Cl. 7 - Tabl. A - 1 ou 2 otocones par 24 h.

danpex - Réf. 831



63 - Clermont-Ferrand

Les Helminthiases et leur Traitement

par Moncef GARGOURI

Nous avions, dans un précédent article*, passé en revue, les vers ronds, en étudiant succinctement leur rôle pathogène et les moyens thérapeutiques que nous pouvons leur opposer actuellement. Cette seconde partie sera consacrée aux vers plats, c'est-à-dire aux Trématodes et aux Cestodes.

I. — LES TREMATODES

Les Trématodes qui intéressent la pathologie humaine font partie des Distomiens, ils possèdent en effet deux ventouses, leur corps est plat, mais non segmenté; les uns sont hermaphrodites, les Douves; les autres ont des sexes séparés, les Schistosomes ou Bilharzies.

1° LES DOUVES :

Le cycle des Douves est, à quelques variantes près, que nous indiquerons chemin faisant, le même pour toutes les espèces : les œufs éliminés dans le milieu extérieur (collection d'eau douce le plus souvent) libèrent des embryons ciliés : les miracidiums qui vont à leur tour parasiter un premier hôte intermédiaire (un mollusque particulier pour chaque espèce) où ils vont se développer et se multiplier pour donner des cercaires. Ces dernières vont s'enkystes sur un support végétal ou animal et sont alors appelées métacercaires; l'homme s'infeste en ingérant ces métacercaires, qui, arrivées dans la lumière du tube digestif se libèrent de leur kyste et vont directement ou après une migration à travers l'organisme se localiser, en répondant à un tropisme particulier suivant les espèces, dans les voies biliaires, l'intestin ou les bronchioles. Le terme Distomose désigne l'ensemble des troubles pathologiques dûs à l'infestation par les Douves.

a) *Les Distomoses hépatiques :*

Il existe plusieurs espèces de Douves parasites des voies biliaires de l'homme. Les Distomoses contractées en France sont presque toujours dûes à la grande Douve.

— *Grande Douve ou *Fasciola hepatica* :*

(*) Voir *Tunisie Médicale*, N° 2, mars-avril 1969.

C'est l'agent habituel de Distomoses graves chez les moutons et les bovidés. Elle est cosmopolite, fréquemment rencontrée en France. L'adulte mesure 2 à 3 cm de long et les œufs operculés sont de grande taille : 120 à 140 microns sur 80 microns. Les cercaires s'enkystent sur les plantes qui poussent dans les endroits humides, le cresson sauvage notamment. Les métacercaires ingérés avec ces végétaux, se libèrent de leur coque d'enkystement, perforent la paroi intestinale, traversent la cavité péritonéale, la capsule de Glisson, cheminent dans le parenchyme hépatique, pour aboutir enfin dans la lumière des voies biliaires. Trois mois après l'ingestion des métacercaires les Douves deviennent adultes et les œufs sont retrouvés dans les selles.

La Distomose à grande Douve évolue en deux phases successives :

— La première phase aiguë, contemporaine de la migration des jeunes douves, à travers le foie, se traduit essentiellement par une asthénie profonde, des crises urticariennes, des myalgies, des arthralgies, des céphalées, des troubles du transit intestinal et surtout une fièvre continue de plusieurs semaines. A l'examen on trouve un foie globalement hypertrophié et sensible. Il est des cas où le syndrome toxico-infectieux prend une allure dramatique, avec fièvre à 40°, amaigrissement important et rapide, céphalée, onubilation, douleurs abdominales intenses et gros foie irrégulier.

Il y a quelques années encore le diagnostic à cette phase, ne pouvait être suspecté que sur certains éléments non spécifiques : la notion de contamination, la réaction de déviation du complément, l'I.D.R. à l'antigène distomien et sur la présence d'une éosinophilie sanguine qui atteint parfois des taux très élevés jusqu'à 80 % vers le troisième ou le quatrième mois. Depuis l'utilisation en pathologie parasitaire de l'immuno-électrophorèse et de l'immuno-fluorescence en présence de l'antigène spécifique, le diagnostic de Distomose à ce stade peut être porté avec une quasi certitude.

— La deuxième phase correspond à l'infestation par les douves adultes, elle commence vers le troi-

sième mois, par des symptômes d'irritation biliaire, dont les plus caractéristiques sont les poussées d'angiocholite ou de cholécystite. L'ictère du type rétentionnel est rare. En fait le plus souvent il s'agit de pesanteurs ou de véritables douleurs épigastriques de l'hypochondre droit, avec anorexie et surtout asthénie durable.

L'éosinophilie régresse à partir du quatrième mois, mais les œufs sont retrouvés dans la bile recueillie par tubage ou dans les selles à partir du troisième ou quatrième mois. Il est exceptionnel de voir sur des cholangiographies l'ombre claire à contour frangé de la Douve dans les voies biliaires.

Le médicament le plus efficace dans la Distomose est l'Emétine. On utilisait naguère le Chlorhydrate d'émétine à raison de 1 mg par kg de poids et par jour pour une cure totale n'excédant jamais la dose de 1 gramme, on y associait 100 mg de vitamine B₁ par jour et 2 à 3 mg de Strychnine. Le malade devait être au repos complet et surveillé sur le plan neurologique et cardio-vasculaire. Les cures ne pouvaient être répétées qu'après un intervalle de 45 jours.

On préfère actuellement la 2-Déhydro-émétine qui est beaucoup moins toxique et d'efficacité au moins égale à celle du Chlorhydrate. Elle est présentée sous forme injectable en intra-musculaire et sous forme de comprimés. L'intervalle entre les cures peut être réduit à un mois, voire 3 semaines, mais l'hospitalisation, la prescription simultanée de vitamine B₁ et de Strychnine demeurent obligatoires.

La grande Douve est sensible à l'Emétine quel que soit son stade évolutif, mais la sclérose péri-canalalaire qui entoure le siège de la douve adulte, la protège de l'imprégnation par le parasiticide.

C'est là un argument supplémentaire pour penser à la Distomose dès le stade toxi-infectueux et utiliser l'émétinothérapie dès la confirmation du diagnostic.

L'Entebex (Phénantroline-quinone) aurait une action non négligeable et pourrait être utilisé en cure d'appoint à raison de 8 à 10 dragées par jour pendant 10 à 15 jours.

Le Glucantime (Antimoniante de N-méthylglucamine) pourrait remplacer l'Emétine en cas de contre-indication de celle-ci, à raison de 0.10 g par kg de poids et par jour pendant 8 à 10 jours, les cures devant être espacées d'au moins six semaines.

Lorsque la sclérose péri-canalalaire est importante, empêchant l'imbibition de la Douve par le parasiticide utilisé, certains auteurs conseillent la prescription de la Nivaquine dont l'élimination se fait précisément par la bile.

Nous passerons sous silence les autres espèces de Douves non rencontrées en Tunisie (petite Douve, Douve des filidés, Douves intestinales, etc...).

2^e LES BILHARZIES OU SCHISTOSOMES.

On distingue trois principales espèces parasites de l'homme : *Schistosoma hematobium*, *S. mansoni*, *S. japonicum*, responsables respectivement des bilharzioses urinaires, intestinales et artério-veineuses. Une quatrième espèce, *S. intercalatum*, moins répandue, est à l'origine de la bilharziose rectale.

Les vers adultes femelles mesurent 10 à 25 mm sur 0,3 mm de large; le mâle plus large (1 mm), mais plus court (8 à 12 mm), a une forme en gouttière (par suite de l'enroulement de ses bords) appelé canal gynécophore où vient se loger la femelle. Les bilharzies sont hématophages et vivent dans le système veineux portal où se fait la copulation. Lors de la ponte la femelle se sépare du mâle, chemine dans les vaisseaux à contre-courant et obéissant à un tropisme particulier, va pondre selon les espèces dans les petites ramifications veineuses de l'intestin (*S. mansoni* et *japonicum*) ou de la vessie (*S. hematobium*). Les œufs arrivent par la suite par éfraction dans la lumière intestinale ou vésicale et de là sont disséminés dans le milieu extérieur. Pour évoluer les œufs doivent arriver dans une collection d'eau, là, ils éclosent libérant une larve, le miracidium. Celui-ci ira aussitôt pénétrer dans l'organisme d'un mollusque hôte intermédiaire spécifique. Après un mois environ d'évolution il s'est transformé en cercaire. Il n'y a pas pour les Schistosomes de stade métacercaire, la cercaire est infestante, elle pénètre l'organisme humain par voie transcutanée dès l'immersion d'une partie du corps dans l'eau. Elle est alors emportée par le courant sanguin vers le cœur droit, les poumons, le cœur gauche, puis par la circulation abdominale et le système porte, arrive dans le foie où elle devient adulte au bout de deux mois

a) Bilharziose urinaire :

Elle est répandue dans toute l'Afrique (Sud Tunisien), à Madagascar, à la Réunion, dans l'île Maurice. Il existe quelques foyers dans le Sud de l'Espagne, le Portugal et dans le Proche-Orient. La bilharziose à *S. hematobium* n'existe pas en Amérique.

Le maître symptôme de la bilharziase à *S. hematobium* est l'hématurie. Elle peut être totale, abondante, modérée, terminale ou même microscopique. La notion d'un séjour en pays bilharzién et à fortiori une baignade ou même une immersion brève dans une collection d'eau douce doit faire évoquer le diagnostic.

Ailleurs l'hématurie légère est passée inaperçue ou négligée par le malade et ce n'est que longtemps après qu'il vient consulter pour des troubles urinaires d'allure infectieuse avec douleur ou simple pesanteur lombaire, pollakiurie, ténesme vésical et brûlure à la miction. L'examen du culot urinaire en constatant la présence d'œufs de Schistosomes établit le diagnostic. Ailleurs enfin, le malade ne présente aucun trouble fonctionnel, mais l'examen systématique découvre une hyper-éosinophilie qu'il s'agit de rapporter à sa cause. Un interrogatoire bien conduit trouvera dans les antécédents du malade, quelques semaines, quelques mois, voire plusieurs années auparavant, immédiatement après la traversée d'une rivière ou d'une collection d'eau douce, l'apparition d'un prurit avec éruption urticarienne. Ces troubles dûs à la pénétration transcutanée de la ceraire s'accompagnent parfois, pendant les jours correspondant à la migration larvaire, de phénomènes généraux plus ou moins intenses : fièvre, céphalée, myalgies, arthralgies, toux, dyspnée.

La bilharziase à *S. hematobium* suspectée, il existe de nombreuses investigations paracliniques capables d'en apporter la preuve (voir plus loin examens complémentaires).

Non traitée la bilharziase urinaire évolue sur un mode chronique, émaillé de complications.

Les complications les plus fréquentes intéressent l'urètre urinaire : rétraction vésicale, sténoses et dilatations étagées au niveau des uretères aboutissant à l'hydronéphrose. La surinfection bactérienne est habituelle. L'atteinte des organes génitaux est si fréquente que certains auteurs donnent à la maladie le nom de bilharziase génito-urinaire. Les autres complications sont dûes à des localisations aberrantes, pulmonaire, cardiaque ou cérébrale. L'apparition d'hypertension portale est moins fréquente que dans la bilharziase à *S. mansoni*, par contre la fréquence des cancers de la vessie serait plus grande dans les régions où sévit *S. hematobium*.

b) Bilharziase intestinale (à *S. mansoni*) :

La répartition géographique de *S. mansoni* est la plus étendue : elle est très répandue en Afrique

tropicale, en Amérique du sud et du centre (c'est la seule bilharziase américaine), elle ne se rencontre pratiquement pas en Asie et n'existe pas en Tunisie.

Ce sont les manifestations intestinales qui amènent à consulter : trouble du transit, avec douleur abdominale plus ou moins importante. Le séjour en pays parasité, la notion de troubles cutanés transitoires évoquant la pénétration larvaire et la découverte d'une éosinophilie suffisent à suspecter fortement le diagnostic. L'examen clinique recherchera des stigmates de l'hypertension portale (hépato-splénomégalie, circulation collatérale), complication redoutable de la schistosomiase à *S. mansoni*.

Parfois, en effet, la maladie évolue à bas bruit vers la constitution d'une hypertension portale et c'est à l'occasion d'une décompensation ascitique ou hémorragique que le malade est examiné. Il est évident qu'à ce stade les lésions sont irréversibles et le traitement tendra surtout à réduire l'hypertension portale et à prévenir ses complications.

Quant aux autres complications cardio-pulmonaires, cérébrales ou médulaires, sont le fait de localisations atypiques et sont moins fréquentes que dans la bilharziase urinaire.

c) Bilharziase artério-veineuse à *S. japonicum* :

Elle ne se rencontre qu'en Extrême-Orient : Japon, Chine, Indonésie, Thaïlande.

La période d'invasion est beaucoup plus marquée que pour les autres bilharzioses : fièvre importante, réactions urticariennes diffuses avec œdème, arthralgies. Puis à la période d'état, la maladie évolue rapidement vers la constitution d'un tableau cirrhotique de sombre pronostic avec hépato-splénomégalie, ascite et hypertension portale. Aussi il est exceptionnel de rencontrer cette maladie en France.

Examens complémentaires au cours des Bilharzioses :

— L'hémogramme précise l'intensité de l'anémie et le taux de l'éosinophilie.

— La réaction de déviation du complément et l'I.D.R. à l'antigène bilharzién ne sont pas spécifiques.

— Plus intéressantes sont les réactions sérologiques à antigènes vivants : il s'agit de mettre l'œuf (réaction de précipitation *Circum-ovale*) ou la ceraire (réaction de Vogel-Minning) en contact avec le serum à tester. Les réactions sont positives lorsqu'ap-

paraît un précipité autour de l'œuf ou un décollement de la membrane péricercarienne.

— L'immuno-électrophorèse et l'immuno-fluorescence en présence de l'antigène spécifique donnent des résultats très satisfaisants, mais ne sont encore pratiqués que par des laboratoires très spécialisés.

— L'endoscopie vésicale en cas de bilharziose urinaire ou recto-sigmoïdienne en cas de bilharziose intestinale précise l'importance des lésions bilharziennes et permet de pratiquer une biopsie de la muqueuse souvent bourrée d'œufs de bilharzies.

— La recherche des œufs dans le culot urinaire ou dans les selles est en fait le moyen le plus simple pour affirmer le diagnostic, mais si malgré la répétition des examens on ne découvre pas d'œufs, il faut alors recourir à la biopsie rectale et aux épreuves sérologiques modernes.

— En cas de bilharziose à *S. hematobium* l'urographie intraveineuse, complétée au besoin par l'U.P.R. permet de faire le bilan des lésions de l'arbre urinaire.

TRAITEMENT :

Le traitement est avant tout médical, il devient chirurgical au cours des complications : sténoses urinaires, splénomégalie avec hypersplénisme ou hypertension portale.

Les médicaments antibilharziens classiques sont souvent mal tolérés et leur efficacité aléatoire. Parmi les dérivés de l'antimoine :

— Le *Stibiothimalate de lithium* (*Anthiomaline*) est le plus utilisé. Il est présenté sous forme de soluté injectable contenant 10 mg d'antimoine par ml, on le prescrit par cure de 10 à 12 jours à raison d'une injection intramusculaire quotidienne de 2 à 4 cm³. Les cures doivent être espacées d'un intervalle de 6 semaines à 2 mois, étant donné la toxicité accumulative du produit. L'intolérance à ce produit se traduit par des myalgies, des troubles respiratoires et cardio-vasculaires.

— L'*Amphotalide* (*Schistosomide*) n'agit que sur la bilharziose urinaire et peut être associée à un dérivé de l'antimoine. Il existe sous forme de comprimés dosés à 0,50 grammes. La posologie est de 2 à 3 comprimés par jour jusqu'à atteindre une dose totale de 400 mg par kg de poids.

— Le dernier né des antibilharziens est un dérivé du *Nitro-thiazole* (*Ambilhar*). Il est présenté

sous forme de comprimés dosés à 500 mg. On le prescrit à la dose de 25 mg par kg de poids et par jour pendant sept jours consécutifs. Les résultats sont excellents (83 % de succès après trois mois), mais les manifestations d'intolérance sont assez fréquentes : troubles psychiques, digestifs et cardiaques. C'est pour cela que le produit doit être prescrit en milieu hospitalier et en association avec un anxiolytique.

II. — LES CESTODES

Ce sont des vers hermaphrodites en forme de ruban constitués par une suite d'anneaux (jusqu'à plusieurs milliers) et peuvent atteindre plusieurs mètres de long. La tête ou scolex est pourvue de ventouse ou de fente (bothridie) leur permettant de se fixer sur la muqueuse de l'intestin de l'hôte. L'homme peut être parasité par des vers adultes ou par des formes larvaires.

1° INFESTATION PAR LES VERS ADULTES :

Ce sont les taenias longs (*T. saginata* et *T. solium*), l'*Hymenolepis nana* (10 à 25 mm de long), accidentellement le *Dipylidium caninum* (taenia du chien, 15 à 40 cm de long) et le Bothriocéphale qui parasitent à l'état adulte l'intestin grêle de l'homme.

a) Cycle biologique :

Le Bothriocéphale possède un orifice de ponte et les œufs sont éliminés avec les selles (œufs brûnâtres operculés mesurant 70 sur 45 microns). L'œuf pour évoluer doit arriver dans une collection d'eau, là il libère un embryon appelé coracidium. Celui-ci est ingéré par un cyclops dans lequel il se transforme en larve procercoïde. Cette larve avalée avec son hôte par un poisson (saumon, truite, brochet, lotte) donnera dans la chair de celui-ci la larve plérocercoïde infestante de l'homme.

Pour *Taenia saginata* et *T. solium*, les œufs sont éliminés avec les anneaux. Ces derniers sont rejetés passivement avec les selles pour *T. solium*, par contre les anneaux de *T. saginata* forcent activement le sphincter anal et sont retrouvés dans le slip ou les vêtements de nuit. Les œufs ingérés par un hôte intermédiaire (bœuf pour *T. saginata* et porc pour *T. solium*) donnent des embryons qui vont traverser la muqueuse intestinale et par voie sanguine ou lymphatique gagnent les tissus conjonctifs et musculaires où se forment les larves cysticerques infestantes pour l'homme.

Dans le cas de l'*Hymenolepis nana* ce sont les œufs qui sont directement infestants pour l'homme. Les larves se développent dans les villosités intestinales et regagnent la lumière du tube digestif à l'état adulte.

Le *Dipilidium caninum* n'infeste l'homme (surtout les enfants) que de façon tout à fait accidentelle, car la larve se développe dans la cavité viscérale de certains insectes (puces du chien et de l'homme, pou du chien) qu'il faut donc absorber pour contracter la maladie.

b) Clinique :

Les troubles provoqués par les *Taenias* (*Taeniasis*), sont très variables et peu spécifiques : boulimie ou au contraire anorexie, diarrhée, constipation ou plus souvent alternance des deux. Parfois douleurs épigastriques évoquant un syndrome ulcéreux ou même pancréatique. Cependant le Bothriocéphale peut dans certains cas être à l'origine de troubles plus graves, mais plus évocateurs : anémie de type birmérien; cette anémie, semble-t-il, apparaît lorsque les vers en grand nombre s'installent dans les premières anses du grêle et absorbent la vitamine B₁₂ aux dépens de leur hôte.

L'hyperéosinophilie est habituellement modérée autour de 15 % vers le 40^e jour, mais atteint dans certains cas des taux plus élevés, 40 % et plus.

Le diagnostic se fait sur la découverte d'anneaux par le malade dans ses vêtements ou ses selles, par la recherche d'embryophores recueillis par application sur la marge anale d'une bande adhésive comme pour le diagnostic des Oxyures ou enfin par la recherche des œufs dans les selles en cas de Bothriocéphale.

TRAITEMENT :

La liste des Taenifuges classiques est longue et bien connue, nous ne citerons que les derniers nés de prescription facile et d'efficacité certaine.

— Le Niclosamide ou Yomésan (*Trédémine*), on le prescrit le matin à jeûn, en 2 prises de 2 comprimés chacune, séparées par des intervalles de une heure. Les comprimés doivent être longuement mastiqués avant de les absorber. Pour les enfants âgés de 2 à 8 ans la posologie est moitié moindre et pour les enfants de moins de 2 ans on donne 1/4 de la dose de l'adulte.

— Le Dichlorophène (*Plathlyse*) il est présenté sous forme de comprimés dosés à 0,50 grammes; on le prescrit, soit en une seule prise de 14 comprimés le matin à jeûn, soit en cure de 3 jours; la dose quotidienne est administrée en une seule fois le matin à jeûn suivie d'une diète hydrique d'au moins trois heures pour éviter les troubles allergiques dûs à la lyse et la résorption du parasite : le premier et le deuxième jours chaque fois 12 comprimés et 6 comprimés le troisième jour. Chez l'enfant on donne 60 à 70 mg par kg de poids.

Quant à l'anémie bothriocéphalique, elle nécessite bien entendu l'association au taenifuge de la vitamine B₁₂ par voie intramusculaire.

2^e INFESTATION HUMAINE PAR LES LARVES DE CESTODES :

Ici l'homme joue le rôle d'hôte intermédiaire et constitue donc une impasse parasitaire puisque la larve développée au sein de l'organisme humain ne peut plus être absorbée par un hôte définitif.

Ces infestations larvaires se traduisent par un syndrome tumoral dont les manifestations cliniques varient avec la localisation de la larve. Leur traitement étant exclusivement chirurgical nous nous contenterons de les rappeler brièvement :

a) Les Echinococcoses :

Les Echinocoques sont des petits *Taenias* qui n'infestent l'homme qu'au stade larvaire.

C'est un parasite quasi cosmopolite qui se rencontre surtout dans les pays d'élevage du mouton. Il est extrêmement fréquent en Tunisie. Dans la nature son hôte définitif est le chien et l'hôte intermédiaire le mouton. L'homme s'infeste accidentellement en ingérant des œufs rejetés par les chiens parasités. L'hydatide qui est la larve d'*E. granulosus* est une vésicule remplie d'un liquide clair « eau de roche », son volume est variable, de la grosseur d'une mandarine à celle d'une tête d'enfant. La paroi de la vésicule est formée d'une couche interne fertile : la membrane prolifère et d'une couche externe anhiste : la cuticule. L'organe parasité réagit en formant une couche scléreuse autour de l'hydatide appelée adventice. Ainsi le kyste hydatique est limité de 3 couches concentriques. La membrane prolifère donne par bourgeonnement des vésicules ou capsules proliférées de la taille d'un grain de sable donnant naissance aux scolex. Ces vésicules

prolégères détachées de la paroi kystique constituent « le sable hydatique »; chaque vésicule contient de 2 à 20 scolex. Chaque scolex à son tour peut donner une vésicule fille de même constitution que l'hydatide mère. On comprend ainsi le danger d'une ponction exploratrice du kyste hydatique qui peut déclencher une échinococcose secondaire très grave avec choc anaphylactique parfois mortel.

Les kystes hydatiques peuvent être uniques ou multiples. Ils peuvent se rencontrer en n'importe quel point de l'organisme, mais le plus fréquemment au niveau du foie.

— *Echinococcus multilocularis* (n'existe pas en Tunisie) :

L'hôte définitif de ce Taenia est le renard, l'hôte intermédiaire est un petit rongeur. Il se rencontre surtout en Europe centrale, en Amérique du Nord et en Sibérie. En France, du Jura et de la Lorraine, il s'étend de plus en plus vers l'Ouest. Cette échinococcose ne forme pas des kystes bien délimités, mais elle évolue comme une tumeur maligne et gagne de proche en proche en détruisant les tissus environnants. Elle peut même métastaser à distance. A la coupe elle paraît constituée par des petites cavités pleines d'une matière gélatineuse. La localisation habituelle est le foie, réalisant le tableau clinique du cancer primitif du foie. L'évolution est assez rapide et le diagnostic n'est encore trop souvent fait qu'à un stade dépassant les limites de l'opérabilité.

b) *La Cysticercose ou Ladrerie humaine* :

Elle est dûe à la forme larvaire du *T. solium* : *cysticercus cellulosae*. L'homme s'infeste en ingérant les œufs de ce Taenia. Aussi faut-il traiter rapidement tout sujet porteur de *T. solium* pour éviter une auto-infestation et en tout cas la contamination de l'entourage.

Cette parasitose est grave et parfois mortelle quand l'atteinte est cérébrale ou oculaire. Par

contre elle est bénigne et peut passer inaperçue lorsque la larve se localise au niveau des muscles ou des tissus sous-cutanés.

c) *La Coenurose* :

Elle est dûe au parasitisme par des larves (cénures) de certains taenias du chien et d'autres carnivores voisins (*Multiceps multiceps*, *Multiceps seurati* et *Multiceps glomeratus*).

d) *La Sparganose* :

C'est la maladie dûe au parasitisme par des larves (*Sparganum* = larve plérōcercoïde) de Bothriocéphales (*Diphyllobothrium mansoni* ou *erinacei*). Ces vers vivent à l'état adulte chez le chat, le chien, le loup, le tigre. L'homme s'infeste en ingérant, soit des cyclops porteurs du premier stade larvaire il joue alors le rôle de deuxième hôte intermédiaire, soit des batraciens ou des reptiles porteurs de la larve plérōcercoïde. Cette dernière ne pouvant se développer chez l'homme, elle se réenkyste, soit dans les organes profonds (mésentère et péritoïne surtout), soit dans les tissus sous-cutanés. En Extrême-Orient cette parasitose se contracte directement par applications sur les yeux, dans un but « thérapeutique », de grenouilles fraîchement écorchées. La larve ainsi déposée sur l'œil va se développer et donner une tumeur palpébrale, sous-conjonctivale ou orbitaire. D'autres localisations par migration de la larve sont possibles.

CONCLUSION

Au terme de ce rappel parasitologique, il nous paraît utile d'attirer l'attention des praticiens quel que soit leur lieu d'exercice sur la possibilité de rencontrer une parasitose d'importation. Ceci ira en accentuant parallèlement aux rapports internationaux.

antibiotique
à large spectre

solution retard
prête à l'emploi

seule injection i.m.
par jour

Pfizer

Terramycine®
I. M. SOLU-RETARD



Hébucol

Cyclobutyrol sodique

Logeais

le starter du foie

insuffisances hépato-biliaires

allergies - migraines

hépatites aigües

et convalescences d'iatères

La Technique Publicitaire

présentation

dosologie

injectable
comprimés
granulé infantile

S.S. COLL. P. cl. 6

1 amp. I.M. ou I.V.
2 à 4 par jour aux repas
1 à 4 cuillerées à café
par jour aux repas



LABORATOIRES J. LOGEAI'S - ISSY-LES-MOINEAUX - PARIS

Société Maghrébine de Pneumo-Phtisiologie

Dans le cadre des 5^{es} Journées Médicales Maghrébines, (qui rassemblent tous les ans des médecins venant du Maroc, d'Algérie, de Tunisie et de Libye) s'est tenue à Alger, le 30 avril 1969, la première réunion de la Société Maghrébine de Pneumo-Phtisiologie.

Au cours de cette réunion, le principal thème d'étude a été « la Chimiothérapie Intermittente de la Tuberculose au Maghreb », thème auquel a été consacrée une Table Ronde présidée par le Docteur MAHLER (OMS) avec la participation du Docteur ARHIRII (OMS).

Un bilan complet de l'expérience acquise au Maghreb sur la chimiothérapie intermittente a pu être établi, grâce aux communications suivantes :

- *Le traitement intermittent de la tuberculose pulmonaire, expérience de l'Ariana*, par B. EL GHARBI et L. EL MEKKI (Tunisie).
- Expérience limitée à 97 cas, traités après une phase de chimiothérapie quotidienne initiale de 3 mois. Premiers résultats encourageants.
- *Le traitement intermittent de la tuberculose au Maroc*, par M. LAHLOU (Maroc).

Outre les résultats confirmés de la chimiothérapie de relais trois fois par semaine appliquée aux cas chroniques (95 % de négativation au 12^e mois), l'auteur rapporte les premiers résultats d'une enquête contrôlée portant sur 2 groupes de 400 malades environ. Les régimes de cette enquête s'appliquent à des « nouveaux cas ». Le régime isoniazide-éthionamide deux fois par semaine donne des résultats équivalents au 8^e mois à ceux obtenus par le régime isoniazide-streptomycine deux fois par semaine.

- *Résultats du traitement bi-hebdomadaire de la tuberculose par l'association isoniazide plus streptomycine chez les malades suivis de un à trois ans*, par P. CHAULET, D. LARBAOUI, J. GROSSET, K. ABDERRAHIM, A. ZIROUT (Algérie).
- *3^e rapport préliminaire sur le traitement intermittent de la tuberculose pulmonaire par l'association isoniazide-éthionamide*, par D. LAR-

BAOUI, P. CHAULET, J. GROSSET, K. ABDERRAHIM, A. ZIROUT (Algérie).

Résultats d'une enquête contrôlée portant sur 100 malades et comparant deux régimes intermittents bi-hebdomadaires : isoniazide + streptomycine et isoniazide + éthionamide. Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes de malades, ni au 6^e mois, ni au 12^e mois.

- *Problèmes organisationnels dans la chimiothérapie intermittente de la tuberculose pulmonaire*, par K. ABDERRAHIM, A. ZIROUT, H. AIT MESBAH, P. CHAULET, D. LARBAOUI — avec la collaboration de M. CHEBBAH et M. DAHMANI (Algérie).

Sur 231 tuberculeux soumis à la chimiothérapie intermittente par isoniazide et streptomycine depuis 1963, 56 malades n'ont pu recevoir 12 mois de traitement. L'analyse des causes d'interruption de traitement montre que, dans la plupart des cas, une meilleure organisation aurait permis d'éviter l'arrêt de la chimiothérapie. Cet effort d'organisation des dispensaires doit s'inscrire dans le cadre d'une meilleure coordination des structures de lutte anti-tuberculeuse à l'échelle nationale, et d'une standardisation effective du traitement.

* * *

Au cours des séances suivantes, diverses communications ont été présentées.

- A propos de 30 méningites tuberculeuses à bactéries résistants : incidences cliniques et thérapeutiques, par A. AIT KHALED, B. OULD ROUIS, J. GROSSET, P. CHAULET, M. D'ALMEIDA, E. PERNITCHEVA, E. MARTON, S. LAOUSADI, N. AIT AMEUR (Alger).
- Résultats de la chimiothérapie de relais ambulatoire des tuberculeux, par P. CHAULET, D. LARBAOUI, K. ABDERRAHIM, A. ZIROUT, N. AIT KHALED (Alger).
- Résultats du traitement de relais de la tuberculose pulmonaire dans un service de l'Hôpital Issad Hassani, par N. OUSSEDIK, D. LARBAOUI, P. CHAULET (Alger).

Sur 231 malades, 56 ont été exclus de l'analyse pour des raisons autres que l'échec. Sur les 175 malades restants, on relève un taux d'échecs de 5,1 % au cours de la première année, le taux de rechutes est de 1,3 % la 2^e année et de 1,1 % la 3^e année. La prolongation de la phase de chimiothérapie quotidienne initiale (et donc de l'hospitalisation) au delà de 4 semaines n'améliore pas les résultats.

— Situation actuelle de la recherche du bacille de Koch et du dépistage de la tuberculose dans les formations anti-tuberculeuses en Algérie, par M. LANGEROVA, L. MOKHTARI, M. OUAHID (Alger).

— Un cas familial de microlithiase alvéolaire, par A. LARAKI, M. BARTAL (Rabat).

— Hémosidérose pulmonaire et glomérulo-néphrite. A propos d'un cas chez un enfant, par A. LARAKI, M. BARTAL, J. BENSOUDA, M. M'SEFER (Rabat).

**

Le bureau provisoire de la Société Maghrébine de Pneumo-Phtisiologie a été constitué à la fin de la réunion. Il a été décidé d'organiser tous les deux ans une réunion scientifique, avec thèmes choisis à l'avance.

P. CHAULET.

Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

T A B L E A U
MEDECINS TUNISIENS

Drs : ABDELMOURA Mohamed	28, Bd Bab Eenat, Tunis
ABDELMOURA Abdelkader	Medjez el Bab
ABID Mahmoud	5, rue de Russie, Tunis
ALLOULOU Ahmed	Sfax
ANNABY Mohamed	Bizerte
ABDENNEBI Chadli	Le Kram
AZAIZ Moktar	9, rue d'Angleterre, Tunis
ANNABI Ezzedine	Rue de l'Isère, Tunis
ABDELMOURA Moncef, sp. Radiologie	3, rue Gustave Flaubert, Tunis
AMMAR Sleim, sp. Neuro-Psych.	26, rue Al-Djazira, Tunis
AYARI Hechmi, cp. Gastro-Entéro	4, rue Hannon, Tunis
ATALLAH Mustapha, sp. O.R.L.	20, rue d'Angleterre, Tunis
ALLOULOU Mohamed, sp. Radiologie	Sfax
ANANE Salem	Djerba
AZOUZ Larbi, sp. Pneumo Phtisio.	Institut de Pneumo-Ptisiologie
BOUSSOFARA Sadok	Hammam-Lif
BEN BECHIR Manoubi, cp. Pneumo Phtisio	Le Kef
BEN CHEIKH Tawhiđa, sp. Gynéco. Obstét.	Hôpital Aziza Othmana
BEN ABDALLAH Taïeb	14, Bd Bab Benat, Tunis
BEN ROMDANE Chadli, sp. O.R.L.	9, Bd Bab Menara, Tunis
BEN IZZEDINE Tahar	Ariana
BAHRI Mohsen	S. E. Santé Publique
BEN ZAIED Mohamed	Souk El Khemis
BEN SALAH M'hamed, sp. Pneumo Phtisio.	Institut de l'Ariana
BEN MILAD Ahmed	10, rue Halfacouine, Tunis
BEN SALEM Mohamed, cp. Pneumo Phtisio.	28, rue Es-Sadikia, Tunis
BOUSSEN Abdelhamid	Cité Bouchoucha
BOURAOUI Ameur	Sousse
BEN SLIMAN Sliman, sp. Ophtalmo.	42, Rd Bab Menara, Tunis
BEN NILA Abdelhamid	142, Bd du 20 Mars. Le Bardo
BEN SOLTANE Tahar, sp. Neuro Psych.	Hôpital Razi, La Manouba
BOULAKBECHE Mourad	Djerba
BEN AISSA Laroussi	141, Av. de la Liberté, Tunis
BOUKADIDA Abdelhamid	Sousse
BEN ABDA Moncef, sp. O.R.L.	11, rue Al-Djazira, Tunis
BERREBI André	La Goulette
BEN ROMDANE Youssef	Nabeul
BEN MESSAOUDA Sadok, sp. Pédiatrie	20, Av. Habib Thameur, Tunis

BEN JAAFAR Chadli, <i>cp. Cardiologie</i>	156, rue Bab Souika, Tunis
BEN M'RAD Mohamed	Hammam-Lif
BEN ABDALLAH Moncef, <i>cp. Pneumo Phthis.</i>	61, rue des Maltais, Tunis
Prof. ag. BOUJNAH Ali, <i>sp. Biologie</i>	4, rue Must. M'Barek, Tunis
Drs : BEN NEFISSA Mohamed	Tébourba
BEN NACEUR Mahmoud, <i>cp. Cardiologie</i>	Imm. Le Colisée, Tunis
BEN OSMAN Radhi, <i>sp. Pédiatrie</i>	26, rue Al-Djazira, Tunis
BEN CHEIKH Mongi, <i>sp. Cardiologie</i>	Hôpital Ernest Conseil
BEN TRAD Tahar	Mines de Djérissa
BEN AMOR Mohamed, <i>sp. Gynéco Obstét.</i>	1, rue de Bône, Tunis
BEN BRAHIM Ali	Sousse
BOU ACHOUR Sadok	S. E. Affaires Sociales
BEN SALEM Mustapha, <i>cp. Nutrition</i>	4, Imp. de Salonique, Tunis
BEN SALAH M'hamed	88, rue de Yougoslavie, Tunis
BOUDJEMAA Slaheddine, <i>sp. Gynéco Obstét.</i>	9, rue d'Angleterre, Tunis
BEN SALEM Halim, <i>sp. Chirurgie</i>	53, rue Al-Djazira, Tunis
BEN YOUSSEF Rachid, <i>sp. Chirurgie</i>	24, Av. de France, Tunis
BOUHAHA Mohamed, <i>sp. Pédiatrie</i>	Hôpital Charles Nicolle
BENATTIA Abdelaziz, <i>sp. Pédiatrie</i>	Hôpital Ernest Conseil
Prof. ag. BEN AYED Hassouna, <i>sp. Méd. Int.</i>	Hôpital Charles Nicolle
Drs : BETTAIEB Abdelkrim, <i>sp. Neuro Chirurgie</i>	Hôpital Ernest Conseil
BEN M'RAD Suzanne	20, rue d'Angleterre, Tunis
BOUKER Tahar, <i>sp. Chirurgie</i>	Institut Pasteur
BEN RACHID Sadok, <i>sp. Biologie</i>	Hôpital Charles Nicolle
BEN ZINEB Tahar, <i>sp. Gynéco Obstét.</i>	62, Av. de la Liberté, Tunis
BEN ABDALLAH Rachid, <i>cp. Rhumatologie</i>	Jendouba
BOULOUKBACH Othman	34, rue Broca, Tunis
Prof. ag. BEN ISMAIL Mohamed, <i>cp. Cardiologie</i>	Sousse
Drs : BSIRI Moktar	Grombalia
BACCOUCHE Abderrahman	Hôpital Militaire
BEN FAYALA Mohamed, <i>sp. O.R.L.</i>	Hôpital Charles Nicolle
BEN FADHEL Samiha, <i>sp. Gynéco Obstét.</i>	6, rue de Bône, Tunis
BOUZAYEN Ali, <i>sp. Chir. Orthop.</i>	Zaghouan
BOUSSETTA Boubaker	42, Av. Bab Djedid, Tunis
CHAHED Laroussi	Bizerte
CHARRAD Ali	Sfax
CHAFFAI Tahar	4, rue de Nice, Tunis
CHARRAD Abdelmajid, <i>cp. Cardiologie</i>	34, rue Sidi Ben Djaf, Tunis
CHARFI Mahmoud, <i>sp. Ophthalmologie</i>	22, rue d'Algérie, Tunis
CHAKROUN Moktar, <i>sp. Radiologie</i>	Hôpital d'Enfants
CHAMAKH Nourredine	26, rue Al-Djazira, Tunis
CHARBAJI Mohamed, <i>sp. Chirurgie</i>	Institut Pasteur
Prof. ag. CHADLI Amor, <i>sp. Biologie</i>	Béja
Doct. CHAHED Ferid	Hôpital Charles Nicolle
Prof. ag. CHELLI Mohamed, <i>sp. Gynéco Obstét.</i>	8, rue d'Alger, Tunis
Drs : CHAKROUN Moncef	10, rue de Hollande, Tunis
CHAAROUNI Mondher, <i>sp. Gynéco Obstét.</i>	Hôpital Habib Thameur
CHERAGA Hamadi	8, rue d'Alger
CHAKROUN Aïcha	

DEHISSEY Ahmed	Kairouan
DALY Amor	S. E. Santé Publique
DAOUD Béchir, cp. Gastro Entéro	24, rue Es-Sadikia, Tunis
DJEMAA Mohamed, sp. Pneumo Phtisio	Bizerte
DAGHFOUS Taoufik, sp. Ophtalmologie	Institut d'Ophtalmologie
DJELLOULI Abdelmajid, sp. Pédiatrie	Sfax
DJEGHAM Mohamed	Sousse
DEROUICHE Fathi	Hôpital d'Enfants
EL MATERI Mahmoud	5, Bd Bab Menara, Tunis
EL AKROUT Ahmed	Sfax
EL FOURATI Ali, sp. Radiologie	Hôpital Charles Nicolle
EL AYARI Seghir, sp. Gynéco Obstét.	4, rue Abou Kacem Chabbi, Tunis
EL FENDRI Rachid	Sfax
EL HACUANI Hamda, sp. Chirurgie	Kairouan
EL GHARBI Brahim, sp. Pneumo Phtisio	Institut de Pneumo-Phtisiologie
ELLOUMI Tahar, sp. Gynéco Obstét.	Hôpital Habib Thameur
EL KAABI Ahmed, cp. Cardiologie	26, rue Al-Djazira, Tunis
EL GAFSI Monecef, sp. Chirurgie	Bizerte
EL KAROUI Mohsen, cp. Gynéco Obstét.	Bizerte
ESSAFI Mounir, cp. Hygiène	32, rue d'Allemagne, Tunis
Prof. ag. ESSAFI Zouhaïr, sp. Chirurgie	Hôpital Charles Nicolle
Drs : EL ATOUI Mohamed, sp. Chirurgie	Sousse
EL ANDOLSI Slim, sp. Gynéco Obstét.	Clinique La Mattinà, Tunis
EL BORDJI Amor	Sfax
EL MEKKI Laroussi, sp. Pneumo Phtisio	Av. de Carthage, Tunis
EL OUAHCHI Sadok, sp. Neuro Psych.	4, rue des Entrepreneurs, Tunis
EL OLMI Tahar	Le Kef
EMMANUELLIDIS Plutarque	Mahdia
ENNABLI Ezzedine	Hôpital Charles Nicolle
EL FHAIEL Aleya	Hôpital d'Enfants
FAKHFAKH Tahar, sp. Ophtalmologie	Sfax
FARAH Ahmed, sp. Pneumo Phtisio	32, rue d'Allemagne, Tunis
FOURATI Mustapha, sp. O.R.L.	Sfax
FLISS Abderazak	La Marsa
FARZA Belhassen, sp. Gynéco Obstét.	3, rue Mustapha Mebarek, Tunis
FENDRI Ahmed	Djerba
FITOURI Moktar, sp. Pédiatrie	3, rue Mohamed Ali, Tunis
FARHAT Mohamed, sp. Chirurgie	Hôp. Sousse
FOURATI Mohamed, sp. Chirurgie	Hôp. Habib Thameur
GUETTAT Salah, sp. Chirurgie	Sfax
GHILEB Hassiba, sp. Pédiatrie	9, rue Amilcar, Tunis
GHARBI Slaheddine, sp. Chirurgie	Sousse
GHERAB Ahmed, sp. Radiologie	Institut Carcinologie
GAROUI Hachemi, cp. Gastro Entéro	Le Colisée, Esc. B, Tunis
GARGOURI Monecef, cp. Gastro entéro	18, rue Mohamed Ali
GHARIANI Mohamed	Hôpital Ernest Conseil
GORBAL Mohsen, sp. Biologie	Hôpital Ernest Conseil
HADJOUJ Mohsen	13, Bd Bab Menara, Tunis
HADDAD M'hamed Ali, cp. Méd. Légale	Menzel Temime

HELIQUI Baccar	2, Passage Habous, Tunis
HACHICHA Mohamed	S. E. Santé Publique
HAMZA Béchir, sp. Pédiatrie	Hôpital d'Enfants
HENABRIA Dhaoui	Le Kef
HADDAD Naceur	Hôpital Charles Nicolle
HARROUCH Mohamed, sp. Chirurgie	Béja
HADJER Hassouna, sp. Chirurgie	Hôpital Aziza Othmana
HADDAD Mohamed, sp. Chirurgie	15, rue Es-Sadikia, Tunis
HADDAOUI Lamine	Mines de Kalaa Djerda
HACHICHA Abdelhamid, cp. Rhumatologie	6, rue de Salonique
HAFSIA Mahmoud	Institut Pasteur
HADJ Salah Hédi, sp. Chirurgie	Hôpital Ernest Conseil
JEDIDI Hédi, sp. Pédiatrie	Hôpital d'Enfants
JEDIDI Rhida, sp. Chirurgie	1, rue Mohamed Ali
JALLOULI Mohamed	Hôp. rég. Sfax
KAOUEL Mohamed	Zarzis
KAMOUN Abderrahman, cp. Pneumo Phthisio	17, Av. H. Bourguiba, Tunis
KHALFAT Amor, sp. Dermato Venero	54, rue Al-Djazira, Tunis
KAROUI Hamed, sp. Pneumo Phthisio	Sousse
KRICHENE Mustapha, sp. Chirurgie	Sfax
KELLAL Taoufik	Sfax
KECHRID Mohsen	Kairouan
KALLAL Zouhair, cp. Nutrition	Le Colisée, Esc. B, Tunis
KASSAB Mohamed, sp. Chirurgie Orthopéd.	Hôpital Ernest Conseil
KHALFON Daniel	2, rue de Bordeaux, Tunis
KAMOUN Abdesselem, sp. Radiologie	Hôpital Habib Thameur
LARABI Mahmoud	20, rue Ferd. Huart, Mutualleville
LIEMNY Mohamed	189, rue Bab Souika, Tunis
LADJIMI Rached, sp. Dermato Venero	Siliana
LALAI Hédi	Nabeul
LIMAIM Mohamed, sp. Chirurgie	Sfax
LARGUECHE Habib	52, Bd Bab Benat, Tunis
LAKHOUA Mohamed, sp. Dermato Venero	Hôpital Habib Thameur
LEMKECHER Tahar	Hôpital Razi, La Manouba
LOUSSAIEF Moncef	
MONASTIRI Hédi	8, rue Amilcar, Tunis
MESTIRI Abdesselem	9, route de Sedjoumi, Le Bardo
MEBAREK Hamida	Nabeul
MAHJOUB M'hamed Ali	Cité Bouchouha
MAHJOUB Zine el Abdine	Hammam-Lif
MESTIRI Saïd, sp. Chirurgie	Hôpital Ernest Conseil
M'BAREK Jabeur, sp. Chirurgie	Gabès
MAHJOUB Mohamed, sp. Pédiatrie	2, Imp. Ben Yahia, Tunis
MABROUK Rhida, sp. Ophtalmologie	9, Bd Bab Menara, Tunis
M'RAD Rhiha, sp. Ophtalmologie	41 rue des Maltais, Tunis
MAHERZI Hadi, sp. Pédiatrie	1, rue de Bône, Tunis
MOURALI Nejib, sp. Chirurgie	Institut Carcinologie
MAGROUN Mahmoud	Sousse

MAZIGH Rachid	Hôpital Habib Thameur
MAHJOUB Sadok, sp. <i>Gynéco Obstét.</i>	17, rue Es-Sadikia, Tunis
MEDDEB Ahmed, sp. <i>Radiologie</i>	7, rue de Hollande, Tunis
MAAMAR Ali	Bizerte
MEDDEB Ahmed Tijani, sp. <i>Gynéco Obstét.</i>	9, Av. de la Liberté, Tunis
MAREKCHI Hassouna, sp. <i>O.R.L.</i>	Hôpital Charles Nicolle
MESSADI Jemeleddine	Sousse
MESSADI Mohamed, sp. <i>Ophtalmologie</i>	Bizerte
M'BAREK Azzedine, sp. <i>Neuro Psych.</i>	5, rue Alexandre Dumas, Tunis
MAAMOURI Mohamed	Institut Pasteur
MLAIKI Ammar	Hôpital d'Enfants
MEZIOU M'hamed, sp. <i>Chirurgie</i>	9, rue d'Angleterre, Tunis
MENNAI Mohamed	Hammamet
 NABLI Béchir	11, rue d'Alger, Le Bardo
NACCACHE Slaheddine	Enfidaville
NAJAH Salem, sp. <i>Pneumo Phthisio</i>	Sfax
NASRA Mohamed	Institut d'Ophtalmologie
 PATCHICH Jean	Sfax
REKIK Habib	Sfax
RAIS Hédi, sp. <i>Ophtalmologie</i>	Institut d'Ophtalmologie
REZGALLAH Abdelmajid, cp. <i>Pédiatrie</i>	Sousse
ROBBANA Mahmoud, sp. <i>Chirurgie</i>	101 bis, Av. de la Liberté, Tunis
 SAKKA Mohamed	Sousse
SAKKA Ali	Société de Prévoyance
SKANDRANI Ali, sp. <i>Ophtalmologie</i>	Sousse
SARFATI Ernest, cp. <i>Gynéco Obstét.</i>	34, rue des Maltais, Tunis
SLIM Mahmoud	Hôpital Militaire
SLSSI Mohamed, cp. <i>Gastro Entéro.</i>	40, Av. A. Belaouane, Tunis
STAM'RAD Ahmed	2, rue des Femmes, Tunis
SOUA Hassen	Sousse
SAIDANE Ahmed, sp. <i>Pédiatrie</i>	15, rue d'Algérie, Tunis
SORIA Sauveur	Ariana
SIOUD Habib, sp. <i>O.R.L.</i>	Hôpital Ernest Conseil
SAIED Hachemi, sp. <i>Neuro Psychiat.</i>	Hôpital Razi La Manouba
SFAR Othman	S. E. Santé Publique
SAAD Hédi, sp. <i>Pneumo Phthisio</i>	Le Colisée, Esc. B, Tunis
SAIED Hichem, sp. <i>Chirurgie</i>	Hôpital d'Enfants
SLAMA Moncef	Hôpital Charles Nicolle
SAFRAOUI Mustapha	Menzel Bourguiba
SFAXI Habib	Menzel Bou Zelfa
SAIDANE Mohamed	Hôpital Charles Nicolle
 TIMSIT Léon	8, Av. de Carthage, Tunis
TIMSIT Raymond	4, rue Mohamed Ali, Tunis
TEBOURBI Larbi	La Marsa
TABBANE Chadly	Hôpital d'Enfants
TLILI Slim	Grombalia
TOUMI Habib, sp. <i>Chirurgie</i>	Sfax
TOUMI Liliane, cp. <i>Gynéco Obstét.</i>	Sfax

TERRAS Rachid, sp. <i>Gynéco Obstét.</i>	Bizerte
TERRAS Nourredine, sp. <i>Gynéco Obstét.</i>	Menzel Bourguiba
TABBANE Sadok, cp. <i>Gastro Entéro.</i>	28, rue de Marseille, Tunis
VASILE Andrea	Rue de Belgique, Tunis
ZAOUCHE Tahar, sp. <i>O.R.L.</i>	5, Bd Bab Menara, Tunis
ZARROUK Larbi	4, Imp. Catherine, Tunis
ZOUAOUI Mohamed, sp. <i>Chirurgie</i>	Avenue Aristide Briand, Tunis
ZAIMI Amara, sp. <i>Pneumo Phtisio.</i>	21, rue Souk Ahras, Tunis
ZAOUI Mahmoud, sp. <i>Pédiatrie</i>	4, rue Hannon, Tunis
ZAGHEDANE Mohamed, sp. <i>Ophthalologie</i>	Sousse
ZAOUI Ennouri, sp. <i>O.R.L.</i>	18, rue Mohamed Ali, Tunis
ZNAIDI Belgacem, cp. <i>Cardiologie</i>	Hôpital Charles Nicolle
ZOUITEN Sadok	Hôpital Sousse

MEDECINS ETRANGERS

Dis : ATTAL Marcel	63, rue Nahas Pacha, Tunis
AMATO Achile	Bizerte
BONAN Hector cp. <i>Cardiologie</i>	4, rue de Marseille, Tunis
BURGARELLA Marcel	10, rue de Sparte, Tunis
BEDOUCHA Yves, sp. <i>Pédiatrie</i>	21, avenue de Paris, Tunis
BONAN Gilberte, cp. <i>Gynéco Obstét.</i>	18, rue de Marseille, Tunis
BOUKADIDA Yolande	Sousse
BEN YOUSSEF Nicole, sp. <i>Gynéco Obstét.</i>	Carthage
BOUJENAH Henri	Sousse
BEN RACHID Suzanne, sp. <i>Pédiatrie</i>	Hôpital d'Enfants
COHEN Aldo	3, rue Bab El Khadra, Tunis
COHEN-HADRIA Elie, sp. <i>Dermato Venero</i>	32, rue de la Commission, Tunis
COUDERT Emile, sp. <i>Chirurgie</i>	Clinique rue de Provence
CUENANT Jean, sp. <i>Chirurgie</i>	9, rue d'Angleterre, Tunis
CROZET Charlotte	Hôpital Razi La Manouba
DI VITTORIO Amédée, sp. <i>Dermato Venero</i>	2, Pass. d'Elbe, Tunis
DISEGNI Ettore, sp. <i>Radiologie</i>	114, rue de Yougoslavie, Tunis
DELASTRE Robert, sp. <i>Chirurgie</i>	29, avenue de Paris, Tunis
DIGNAT Marcel	Maxula-Radès
DI VITTORIO Adrien	129, rue Bb El Fellah, Tunis
DUPLENNE Alphonse, sp. <i>Chirurgie</i>	138, avenue de la Liberté, Tunis
DOLCEMASCOLO Fatima	4, rue Durand Claye, Tunis
DUFOUR Jean, sp. <i>Ophalmologie</i>	Nabeul
DUFOUR Simone, cp. <i>Gynéco Obstét.</i>	Nabeul
DAOUD Jacqueline, sp. <i>Radiologie</i>	24, rue Es-Sadikia, Tunis
DIB Spiridon	Sedjenane
DESY Jules	Médenine
FARHAT Monique	Hôpital Sousse
FALOT Joseph	Kélibia

GALEA Joseph	Sfax
GANEM Roger, sp. <i>Chirurgie</i>	Clinique rue des Silos
GUARNERI Eroldo	12, rue des Maltais, Tunis
GIGLIO Angelo	32, rue de la Commission, Tunis
GODIRIS Camille	Hôpital de Moularès
HALFON Sauveur, sp. <i>Pneumo Phtisio</i>	Institut de l'Ariana
HELIQUI Nilia, sp. <i>Gynéco Obstét.</i>	2, Passage Habous, Tunis
JAHAN Henri, sp. <i>Gynéco Obstét.</i>	Hôpital Habib Thameur
JUNGNIE Pierre, sp. <i>Pédiatrie</i>	26, rue de Vesoul, Tunis
JORTNER Henri	Sfax
JOUNDI Waël	Hôpital Aziza Othmana
KLARNET Jules	Sousse
KNOR Karel	4, rue de Lille, Tunis
LELLOUCHE Albert	La Goulette
LUMBROSO Isaac	38, rue Nahas Pacha
LEVI Guido, cp. <i>Gynéco Obstét.</i>	11, rue Amilcar, Tunis
LUMBROSO Ugo, sp. <i>Ophtalmologie</i>	7, rue Es-Sadikia, Tunis
LHERBIER Michel, sp. <i>Chirurgie</i>	Bizerte
LEGROS BOUKHRIS Nirva	Metlaoui
MARIACCI Paul	Siliana
MOATTI Léon, sp. <i>O.R.L.</i>	6, rue d'Avignon, Tunis
MORANA César, sp. <i>Ophtalmologie</i>	11, rue de Belgique, Tunis
MEIGNIE Lucien, sp. <i>Chirurgie</i>	Sfax
NICOLAS Abel	77, avenue Ferhat Hached, Tunis
NUNEZ Arturo	Rue de Marseille, Tunis
Prof. NATAF Roger, sp. <i>Ophtalmologie</i>	Institut d'Ophtalmologie
Drs : NOËL Georges	Béja
PAPIN Louis	Gafsa
PEREZ Isidro	71, rue H. Bouzaiane, Tunis
PETROV Eftim	Gabès
RIHOUEY René	Kairouan
SCEMLA Jules, sp. <i>Gynéco Obstét.</i>	70, rue Nahas Pacha
SARFATI Albert	15, avenue Habib Thameur
SARFATI Edouard	11, rue de la Banque
SPEZZAFUMO Claude, cp. <i>Pneumo Phtisio</i>	4, rue Charles de Gaulle, Tunis
SCIALOM Claude	14, rue d'Espagne, Tunis
SCHIANO Arturo	22, rue de Marseille, Tunis
SLESINGER Milos	Hôpital Ernest Conseil
SLESINGER Jarmila	5, rue de Chypre, Beausite
TABONE Sylvio	5, rue H. Bouzaiane, Tunis
WIZNIEWSKA Genofeva	Nabeul
ZERAH Henri	9, avenue de la Liberté, Tunis
ZEITOUN Jules, sp. <i>Dermato Venero</i>	28, rue Ch. de Gaulle, Tunis
ZAIMI Ismène, sp. <i>Pédiatrie</i>	Hôpital Ernest Conseil

Société Tunisienne des Sciences Médicales

LISTE DES MEMBRES TITULAIRES *

Année 1969-70

Drs : ABDELMOULA Moncef
AMMAR Sleïm
AYARI Hechmi

Prof. agr. BEN AYED Hassouna
Drs : BEN ABDALLAH Rachid
BEN CHEIKH Tawhida
BEN CHEIKH Mongi
Prof. agr. BEN ISMAIL Mohamed
Drs : BEN MESSAOUDA Sadok
BEN NACEUR Mahmoud
BEN OSMAN Radhy
BEN SALAH M'hamed
BETTAIEB Abdelkrim
BOUHAHA Mohamed
Prof. agr. BOUJNAH Ali
Dr : BOUJEMAA Slaheddine

Prof. agr. CHADLI Amor
Drs : CHARRAD Abdelmajid
CHARBAJI Mohamed
Prof. agr. CHELLI Mohamed
Drs : CUENANT Jean
COHEN HADRIA Elie

DAOUD Béchir
DAOUD Jacqueline
EL MATERI Mahmoud
EL FOURATI Ali
EL GHARBI Brahim
EL KAABI Ahmed

Prof. agr. ESSAFI Zouhair

Drs : FARHAT Monique
FARZA Belhassen

GHILEB Hassiba
GAROUI Hachemi
GHARBI Slaheddine

Drs : HADDAD Naceur
HAMZA Béchir
HALFON Sauveur

JEDIDI Hédi
JEDIDI Rhida
KAMOUN Abderrahman
KAROUI Hamed
KAMOUN Abdesselem
KHALFAT Amor

LADJIMI Rached
LAKHOUA Mohamed

MOURALI Nejib
MESTIRI Saïd
MAHERZI Hédi
MOATTI Léon
MUNCHARI Abdelwahab

Prof. NATAF Roger
Drs : NAJAH Salem
NABLI Béchir

RAIS Fédi

SAAD Hédi
SCEMLA Jules
SFAR Othman
SIOUD Habib
SPEZZAFUMO Claude
STAM'RAD Ahmed

TABBANE Chadly

ZAOUCHE Tahar
ZAOUI Mahmoud
ZAIMI Amara
ZAIMI Ismène

(*) Conditions requises pour être membre titulaire : avoir présenté au minimum trois publications dont deux dans *La Tunisie Médicale* conformément aux articles 4 et 5 des Statuts de la Société tels qu'ils ont été modifiés au cours de l'Assemblée générale extraordinaire du 27 décembre 1968.

INFORMATIONS

Ligue contre le Trachome

MEDAILLE D'OR CHIBRET 1970

Réservée aux travaux concernant

la PATHOLOGIE et la THERAPEUTIQUE du TRACHOME

La Médaille d'Or Chibret, d'une valeur de 3.000 F, sera décernée pour la dix-huitième fois au cours de l'Assemblée Générale qui aura lieu pendant le 21^e Congrès International d'Ophtalmologie, à Mexico, en mars 1970.

Jury. — Le jury sera composé du Président de la Ligue contre le Trachome (Roger NATAF), du Président de l'I.O.A.T. (G.B. BIETTI), des Vice-Présidents, du Secrétaire Général, du Secrétaire pour les Territoires de 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 de trachomatologie admis à concourir peuvent être d'ordre : clinique, social, prophylactique, thérapeutique (thérapeutique médicale ou 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 accompagné d'un résumé de 2 pages en français, et autant que possible en anglais, en italien et espagnol.

Le mémoire primé paraîtra, in extenso, dans la « Revue Internationale du Trachome ». Les résumés des autres mémoires présentés paraîtront également dans les diverses langues retenues par la « Revue Internationale du Trachome ».

Les travaux devront obligatoirement parvenir, avant la date limite du 1^{er} janvier 1970, au Président de la Ligue : Professeur Roger NATAF, 1, rue Zarkoun, Tunis (Tunisie) — Tél. 263.096.

VINGT-DEUXIEME PRIX CHIBRET D'OPHTALMOLOGIE 1970

Le Prix Chibret d'Ophtalmologie, d'une valeur de 3.000 F, institué en mémoire du Docteur Paul

CHIBRET, Fondateur de la Société Française d'Ophtalmologie, est décerné chaque année à l'auteur d'un mémoire ou d'une thèse intéressant : *L'OPHTALMOLOGIE*.

Les candidats doivent être, soit étudiants inscrits à une Faculté de Médecine de Langue Française, soit Docteurs en Médecine ayant soutenu leur thèse depuis moins de trois ans également devant une Faculté de Langue Française.

Les mémoires soumis au Jury doivent être rédigés en français et imprimés ou dactylographiés. Ils doivent être, soit inédits, soit publiés dans les 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 1967 et les mémoires non inédits devront avoir été publiés depuis le 1^{er} février 1968.

Le bénéficiaire de ce Prix sera désigné par un Jury constitué par le Comité et le Secrétaire Général de la Société Française d'Ophtalmologie.

Ce Prix devant être décerné au moment du Congrès annuel de la Société Française d'Ophtalmologie, en mai 1970, les mémoires établis en 14 exemplaires devront parvenir avant le 1^{er} février 1970 à l'Institut Chibret, 200, Bd Etienne Clémentel, 63 - Clermont-Ferrand, pour être transmis aux membres du Jury.

Les mémoires ne seront pas rendus.

JOURNEES MEDICALES DU PROCHE ET DU MOYEN-ORIENT

Beyrouth, le 20 Juillet 1969

Comité Directeur : C. N. ALIVISATOS (Athènes), S. P. AZIZI (Téhéran), Bedii GORBON (Istanbul), Mounir CHOURA (Damas), Walid KAM-HAWI (Naplouse), A. H. SHAABAN (Le Caire).

Secrétariat Général : Paul PONTHUS, Faculté Française de Médecine, Beyrouth (Liban).

Bureaux des Congrès :

Damas : Président, S. E. Daoud REDDAWI; Secrétaire, Joseph KALLAS; Trésorier, Nouri RAMZI. — Beyrouth : Président, S. E. Nessib BERBIR; Secrétaire, Moustapha HAFFAR; Trésorier, Joseph CHAIA.

Deux Congrès auront lieu en mars-avril 1970 à Damas puis à Beyrouth sur invitation des Gouvernements syrien et libanais.

I. — ACTUALITES MEDICALES

Damas : 24-28 mars 1970

Cette réunion sera organisée en commun par les Journées Médicales et par l'Union Médicale Balkanique qui réunit les pays suivants : Albanie, Bulgarie, Chypre, Grèce, Roumanie, Turquie et Yougoslavie. Les Journées Médicales convoqueront les médecins des pays arabes et non-arabes du Proche-Orient méditerranée.

Le Président de ce Congrès sera le Docteur Daoud RADDAMI, Ministre de la Santé et le Vice-président sera le Docteur Bahjat RABBATH, Secrétaire général du Ministère de la Santé.

Le dimanche 29 et le lundi 30 mars 1970 seront consacrés à la visite de Palmyre et du Krack des Chevaliers, sur le chemin du Liban.

II. — VII^e SESSION DES JOURNEES MEDICALES

Beyrouth, 30 mars-2 avril 1970

Le Président de cette Session sera le Docteur Nessib BERBIR, ancien Ministre de la Santé.

Les questions mises à l'ordre du jour lors de ces deux réunions relèveront des disciplines suivantes :

- 1^o Néphrologie — Gastro-entérologie;
- 2^o Cancérologie — Exploration du pancréas;
- 3^o Affections cardio-vasculaires — Accidents de la route;
- 4^o Varia — Communications diverses.

D'éminents professeurs français et étrangers participeront à ces réunions dont les travaux seront imprimés en un volume spécial édité par la Revue Médicale du Moyen-Orient.

L'ordre du jour et les conférences magistrales seront répartis entre Damas et Beyrouth.

Tous renseignements actuellement disponibles seront obtenus auprès du Secrétaire général : Prof. Paul PONTHUS - Faculté Française de Médecine, Beyrouth (Liban).

Communiqué

ENSEIGNEMENT DE STATISTIQUE EN MÉDECINE ET EN BIOLOGIE

La faculté de Médecine du Kremlin-Bicêtre et l'Institut de Statistique des Universités de Paris organisent comme chaque année un enseignement de Statistique destiné aux chercheurs et aux étudiants en médecine, pharmacie et biologie, sous la direction du Professeur Daniel SCHWARTZ. Cet enseignement est sanctionné, soit par des *Demi-Certificats de Maîtrise en Biologie Humaine* (Méthodes Statistiques, Statistique médicale I et II), soit par des *Certificats de l'Institut de Statistique (CESAM)* (Certificats de Statistique appliquée à la médecine et de Statistique appliquée à la biologie médicale).

Cet enseignement peut être abordé ou bien sans connaissances mathématiques ou statistiques préalables (option I), ou bien à partir du niveau du programme de probabilités et statistique du P.C.E.M. - C (ancien CPEBH) (option II). Il peut être suivi sur place à Paris, ou par correspondance. A Paris, la plupart des séances d'enseignement ont lieu le soir (de 20 h. 30 à 22 h. 30) à raison de une à deux par semaine, de novembre à mai. Il s'agit de séances actives (travaux dirigés, discussions, etc...) les cours eux-mêmes étant imprimés ou polycopiés.

Première séance introductory le lundi 3 novembre 1969 à 20 h. 30 précises — Amphi B2 — Faculté des Sciences, 9, Quai Saint-Bernard — Paris-V^e — Bâtiment C — 4^e. étage.

Les inscriptions sont prises du 1^{er} octobre au 10 novembre, terme de rigueur. Il est recommandé de s'inscrire avant le début des cours (3 novembre) afin de ne pas prendre de retard.

Pour tous renseignements et l'inscription, écrire ou Téléphoner au Secrétariat du Centre d'Enseignement de la Statistique, 16 bis, avenue Paul Vauillant Couturier, 94, Villejuif, Tél : 726 68.99 (le matin).

XVI^e CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE ET DES MALADIES RESPIRATOIRES

Le XVI^e Congrès National de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires se tiendra à Bordeaux du 2 au 5 avril 1970.

Les sujets suivants sont à l'ordre du jour :

1^o Question biologique :

Rôle pathogène chez l'homme des Mycobactéries atypiques et procédés actuels d'identification.

Professeurs : Ch. GENEZ-RIEUX, A. TAC-QUET, B. DECULDER et J. DEBRUYNE.

2^o Exigences actuelles de la lutte antituberculeuse en France :

Coordination, dépistage, déclaration.

A) Dépistage : M. P. OUDET.

B) Coordination, déclaration : MM. P. FREOUR, M. SERISE et P. COUDRAY.

3^o Problèmes thérapeutiques d'actualité :

A) Action thérapeutique clinique des nouveaux antibiotiques. Critères d'activité : M. G. BROUET.

4^o Colloques sur la bronchite chronique :

Participants : MM. COUDRAY, GALY, ISRAEL-ASSELAIN, LAVAL, VOISIN.

1. Nosologie et épidémiologie.

Président : Prof. GALY.

2. Prophylaxie et thérapeutique.

Président : Prof. LAVAL.

N.B. — Pour toute information, écrire : Secrétariat du Congrès, Laboratoire d'Hygiène, Faculté de Médecine, Place de la Victoire, 33 - Bordeaux.

VIII^e CONGRES DE L'UNION DES MEDECINS ARABES

Le VIII^e Congrès de l'Union des Médecins Arabes se tiendra à Bagdad du 10 au 15 décembre 1969.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser à Monsieur le Secrétaire Général de l'Association Médicale Egyptienne, Dar El Hekma - 42 Kasr el Aini - Le Caire ou au Secrétariat de la Société Tunisienne des Sciences Médicales à Tunis, 18, rue de Russie.

N 5

Septembre-Octobre 1969

المجلة الطبية التونسية

LA TUNISIE MEDICALE

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

18, Rue de Russie — TUNIS — Tél. 245.067

Secrétaire de Rédaction

Néjib MOURALI

Reproduction interdite — Tous droits réservés pour tous pays

Imprimerie Bascone & Muscat - Tunis



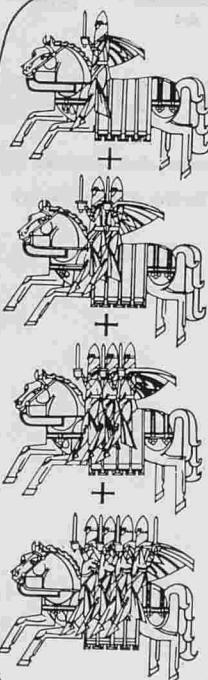
*du rhinopharynx
à l'alvéole,*

Tétrasillex

capsules
sirop

*libère l'infecté
respiratoire*

4
effets
en
1



antibiotique
fluidifiant
antitussif
eupnéique

Tétrasillex, une posologie simple, celle de la tétracycline

1 ou 2 capsules (250 ou 500 mg de tétracycline)
chez l'adulte.

1 ml de sirop par 5 kg de poids

soit { petites mesures (1 ml) de sirop
chez l'enfant jusqu'à 1 an.

1 ou 2 grandes mesures (2 ml) de sirop
chez l'enfant de 1 an à 8 ans.

2 cuillers à café (5 ml) de sirop

chez l'enfant au-delà de 8 ans.

4
fois
par
jour

Eviter les surdosages en sirop chez les sujets atteints d'affections rénales ou hépatiques.

COMPOSITION — Pour une capsule : Tétracycline 250 mg, Glycérylgaiacol 50 mg, Codeïne 7,5 mg. Nébulisé de drosera 10 mg. Poudre de lobélie 25 mg - Pour 100 ml de sirop : Tétracycline 2,5 g, Benzoate de sodium 1,25 g, sulfogaiacol 1,25 g, Sirop de tolu 85,875 g, Teinture de drosera 0,937 g, Teinture de lobélie 0,675 g.

INDICATIONS — Affections des voies respiratoires et de la sphère O.R.L. Bronchites aiguës et chroniques, pneumopathies ; Rhinopharyngites, rhino-trachéo-bronchites ; Angines, adénoidites, amygdalites, laryngites, trachéites, otites, sinusites ; Asthme, broncho-emphysème, dilatation des bronches • Complications respiratoires des maladies infectieuses, en particulier de la grippe • Complications infectieuses des interventions chirurgicales portant sur l'arbre respiratoire et la sphère O.R.L.

PRÉSENTATION — Capsules : boîte de 16, P. Cl. 16 - Sirop : flacon de 125 ml P. Cl. 13 - flacon de 60 ml P. Cl. 7 - S.S. - Art. 115 - AMG

9/67 M

CERC



LABORATOIRES
SUBSTANTIA
92 SURESNES

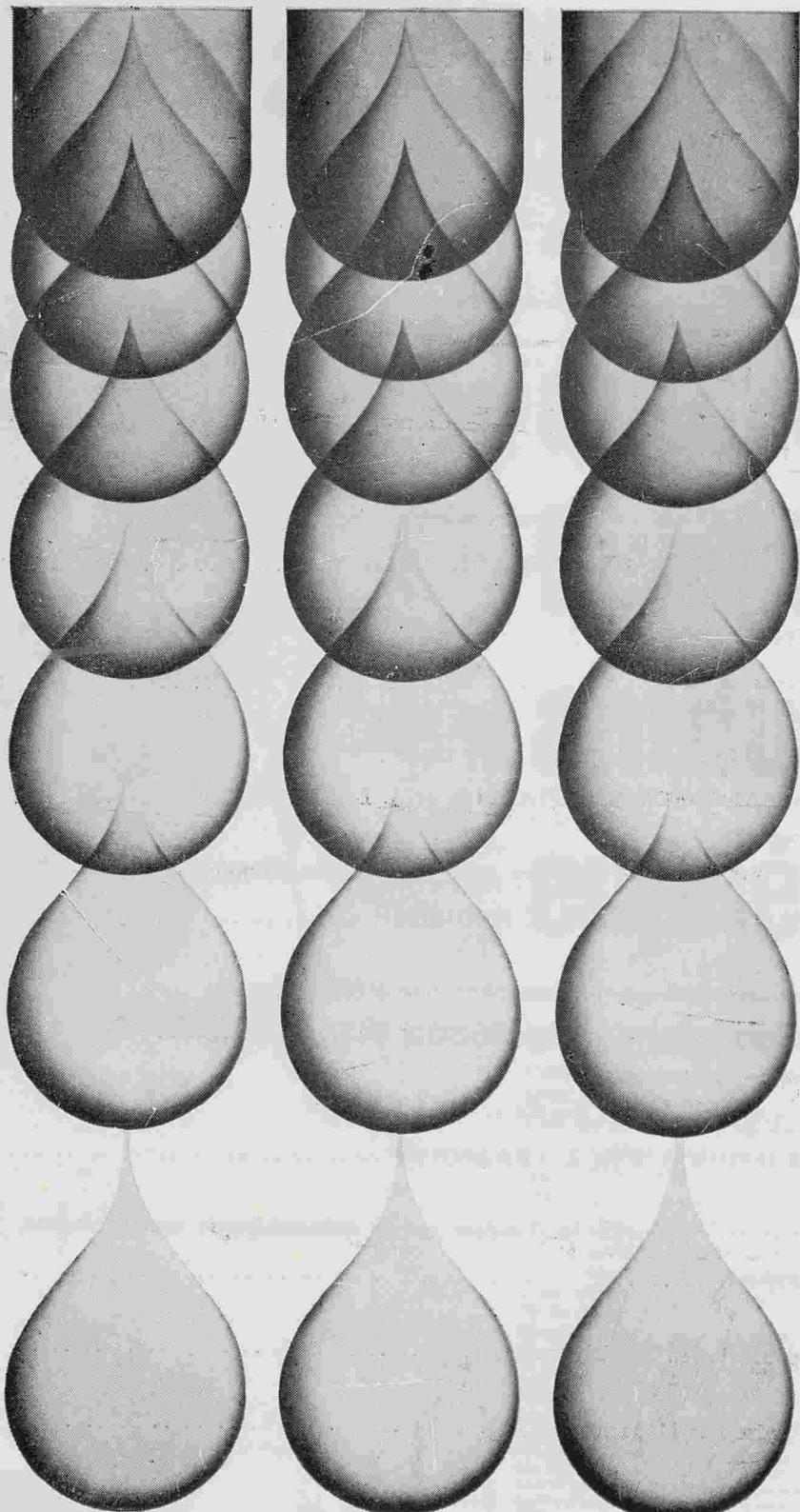


SOMMAIRE

— <i>La Société des Sciences Médicales depuis sa création en 1902,</i> par Sleïm AMMAR	305
— <i>La Presse Médicale en Tunisie,</i> par Sleïm AMMAR	313

ARTICLES ORIGINAUX :

— <i>A propos d'une première série de Cardiopathies opérées à cœur ouvert,</i> par M. BEN ISMAIL, M. FOURATI, M. GHARIANI et P. JAILLON	317
— <i>L'Epilepsie en Afrique du Nord,</i> par Christo CHRISTOZOV (Sofia)	327
— <i>Chondro-Calcinose articulaire diffuse familiale,</i> par N. HADDAD, M. T. REBAI-COLIN, B. POTANCOK et A. LOUERTANI	339
— <i>L'Artériographie sélective du tronc cœliaque dans les kystes hydatiques du foie,</i> par A. KAMOUN, H. AYARI, M. FOURATI et K. TOCHEV	351
— <i>Artériographie des membres inférieurs par injection fémorale à contre-courant,</i> par A. KAMOUN et K. TOCHEV	361
— <i>Contraception intra-utérine dans un « utérus double »,</i> par M. CHAABOUNI, A. KAMOUN et Mme Z. CHAABOUNI	367
— <i>Etonnante régression d'une tumeur pelvienne de l'enfant par la chimiothérapie anticancéreuse,</i> par A. CORCOS et S. FATTOUM	375
Programme des VI ^{es} Journées Médicales Tunisiennes	377
* <i>Communiqué du Conseil de l'Ordre des Médecins</i>	378



Hygroton[®] Geigy

diurétique oral d'effet
prolongé

1-oxo-3-(3'-sulfamoyl-4'-
chlorophényl)-3-hydroxy-
iso-indoline

Indications

Œdème cardiaque, rénal
orthostatique, trophique
Hypertension artérielle
Obésité par rétention
hydro-sodée
Syndrome prémenstruel

Contre-indication

Insuffisance rénale grave

Posologie

Traitements d'attaque et
cas graves : 1 à 2 comprimés
par jour en une seule
prise

Traitements d'entretien et
cas bénins : 1/2 ou 1 comprimé
tous les deux jours

Présentation

Comprimés à 100 mg
Tableau C
Etui de 15 comprimés P. cl. 7

S.S.--Art.115-A.M.G.
Collectivités Publiques



Laboratoires Geigy
51-55 Bd Brune
Paris 14e

La Société des Sciences Médicales depuis sa création en 1902

par le Dr Sleïm AMMAR

(Président pour l'année 1968-69)

A la fin du siècle dernier à Tunis, des hommes de lettres et de science avaient créé une association dénommée « L'Institut de Carthage ». Les médecins adhérents étaient assez nombreux, en avril 1898, pour organiser une section médicale qui avait pour premier but de créer un lien amical entre des hommes aux origines et aux formations diverses.

A cette époque, en effet, tout diplôme, français ou étranger, donnait le droit d'exercer en Tunisie, et dans ces conditions très nombreux étaient les médecins étrangers.

L'autre but était naturellement de s'intéresser à tout ce qui concernait les Sciences Médicales. C'est ainsi qu'aux médecins pouvaient s'unir les pharmaciens, les dentistes et les vétérinaires.

Cette section groupait aussitôt une cinquantaine de membres. Les compte-rendus des séances paraissaient dans le bulletin de l'Hôpital civil français : gazette médicale créée quelques mois auparavant.

Ce n'est que quatre ans plus tard que de cette section devait naître la Société des Sciences Médicales de Tunis d'abord, de Tunisie ensuite.

C'est en effet, les 27 et 28 janvier 1902 qu'étaient débattus et adoptés en séance plénière les statuts définitifs de la Société.

Recrutement des adhérents, buts et ambitions du nouveau groupement restaient ceux de la section de l'Institut de Carthage, mais l'autonomie était désormais acquise, grâce à l'impulsion dynamique notamment des Docteurs BRIGNONE, CUFNCD et CASSUTO, l'animateur de la première heure et le fondateur de la Maison du Médecin.

La jeune Société tenait alors ses séances à la lueur des lampes à pétrole, dans une salle située dans une petite ruelle, la rue d'Ecosse, unissant la vieille ville arabe à la cité nouvelle qui grandissait.

En 1903, le Président, un professeur agrégé de Bordeaux, le Dr BRACQUEHAYE, qui avait choisi de devenir chirurgien de l'hôpital Sadiki, décida de la création d'un bulletin de la Société, l'ancêtre de l'actuelle « Tunisie Médicale ».

La Société se développait de plus en plus. Le Comité directeur lui aussi s'étoffait. Aux médecins civils et militaires qui formaient le Bureau, était adjoint tout d'abord un délégué des pharmaciens auquel devaient se joindre beaucoup plus tard, celui des vétérinaires, puis celui des dentistes.

Ainsi, le Bureau de la Société prenait dès lors la physionomie qu'il a généralement gardé de nos jours.

A cette époque, une date tranche — 1909 — celle durant laquelle la Société était présidée par l'illustre Charles NICOLLE et où elle a connu avec ce Géant du Savoir, et comme l'avait dit alors Georges DUHAMEL, « l'heure du bond qui porte aux cimes scientifiques ».

C'est en effet, en 1909, que Charles NICOLLE, Ernest CONSEIL et COMTE annoncèrent au monde le rôle du pou dans la transmission du typhus exanthématique. Leur découverte faisait ainsi reculer un fléau qui, depuis la plus haute antiquité, décimait la race humaine et provoquait parfois plus de morts que les guerres elles-mêmes.

L'observation et l'expérimentation de Charles NICOLLE, d'Ernest CONSEIL et de COMTE suppri- maient de ce fait, et d'un coup, les immenses dangers de cette terrible maladie.

Aussitôt les biologistes du monde entier, portaient leurs regards sur Tunis, sur son Institut Pasteur, sur sa Société des Sciences Médicales, dont l'essor était pris désormais et l'audience largement assurée et étendue depuis ce jour.

En 1912, le fameux Congrès des Psychiatres et Neurologues de langue française devait attirer lui aussi à Tunis de nombreux spécialistes.

Il était organisé par le Professeur Antoine POROT qui dirigeait alors le Service de Neuro-psychiatrie de l'hôpital Charles Nicolle et devait par la suite occuper une chaire à la Faculté de Médecine d'Alger. C'était lui encore qui avait fondé la revue « La Tunisie Médicale » laquelle devait vivre

jusqu'en 1914 pour reparaître définitivement à partir de 1930.

En 1919, après la guerre, une ère nouvelle s'était ouverte, marquée en particulier en 1922 par l'action d'Henri BOUQUET, le célèbre chirurgien de l'Hôpital civil français et surtout d'Ernest CONSEIL, période qui se prolongera jusqu'à la deuxième guerre mondiale et sera caractérisée par de remarquables élans de vitalité et de dynamisme et de multiples travaux de recherches et de publications.

En définitive, c'est de Tunis que partiront alors tant de découvertes, dont en premier lieu celles relatives au typhus, à la fièvre boutonneuse ou aux brucelloses.

A cette époque, on doit mentionner aussi la présidence du Dr CUENOD dont les études et l'action inlassable ont tant marqué la lutte contre le trachome, ouvrant la voie aux recherches et travaux que poursuivra dans ce domaine Roger NATAF, et qui seront approfondies de nos jours, sur un autre plan, par l'équipe actuelle de chercheurs du laboratoire de Virologie créé depuis quelques années à Tunis par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Citons encore en 1913, à la veille de la guerre, la présidence aussi du Dr Albert CATTAN, déjà passionné par l'importance de la médecine sociale en Tunisie et dont le fils Roger est l'actuel médecin de l'Hôpital St-Antoine.

Mais à côté des activités traditionnelles de la Société, des publications proprement dites, des journées médicales étaient déjà organisées dès 1926.

C'est en cette année encore que le Dr Emile CASSUTO devait aussi acquérir la Maison du Médecin sise au 25 de l'Avenue de Paris, et qui restera le local de la Société jusqu'en 1960, date de son transfert au local actuel de la rue de Russie. En cette année 1926, Félix GERARD, qui fut médecin de l'Hôpital civil français, organisait donc des journées médicales dont le succès fut si grand que l'on finit par tenir en 1931, 1934 et 1938, de véritables petits Congrès.

Cette même année 1926, verra à la tête de la Société, la présidence du Dr HAYAT, un des maîtres de « l'école médicale tunisienne » de l'époque, dont les observations avec celles de CONOR, permettront en particulier de connaître la fièvre boutonneuse.

En 1927, ce sera le Dr CORTESI, chirurgien entreprenant, qui devait en 1938 réussir à rebâtir l'Hôpital italien, l'actuel Hôpital Habib Thameur.

Puis ce sera, Ernest CONSEIL, le collaborateur direct de Charles NICOLLE et qui fut aussi un hygiéniste de talent, saura malgré une santé défaillante, enrayer en 1929, cette très fameuse épidémie de peste pulmonaire qui défraya la chronique de l'époque.

En 1930, Gabriel BRUN, à la fois chirurgien hardi et clinicien avisé et dont la renommée rejaillira longtemps sur l'Hôpital Sadiki, devait être l'auteur avec JAUBERT DE BEAUJEU d'une monographie sur les kystes hydatiques demeurée classique.

Gabriel BRUN parvenait à force de ténacité à réaliser la construction d'une grande maternité musulmane, tandis que HAYAT réussissait à installer sur les collines de l'Ariana un préventorium qui deviendra notre Institut de Phtisiologie actuel et que Félix MASSELOT entamait une vigoureuse action qui devait aboutir en 1951 à l'inauguration du pavillon sanatorium de l'Hôpital Charles Nicolle.

C'est à cette époque qu'Antoine CASSAR construisait pour sa lutte contre les maladies vénériennes le Centre de Prophylaxie qui a longtemps porté son nom, avant de devenir l'Ecole nationale de la Santé Publique, puis aujourd'hui, un des pavillons principaux de notre Faculté de Médecine.

Dans les Laboratoires enfin, Paul DURAND, Etienne BURNET, Mme SPAROW, notamment, poursuivaient leurs fructueuses études avec LAIGRET aussi, qui devait quelques années plus tard trouver, en étudiant les fermentations, le cycle de la création des pétroles.

A la veille de la seconde guerre mondiale, la Société rentrait à nouveau dans l'ombre et sa deuxième éclipse devait se prolonger jusqu'en 1945, encore qu'il nous faudra signaler de nombreuses autres manifestations de vitalité et de dynamisme à cette époque pour cette deuxième période dont il serait fastidieux de rappeler toutes les publications et tout le détail de la production médico-scientifique.

On peut lire cependant encore avec un intérêt soutenu les multiples publications parues alors notamment sous la plume de René BROU qui aurait été probablement le meilleur clinicien de l'époque, d'Antoine CASSAR qui réussit à rassembler des collections dermographiques d'une extrême richesse et aussi de Félix MASSELOT l'infatigable pionnier de la lutte anti-tuberculeuse.

Aussi, cette deuxième période de l'existence de la Société des Sciences Médicales a été jalonnée de réalisations multiples et souvent fort heureuses.

Troisième période : En 1945, Henri BOUQUET, le chirurgien de l'Hôpital civil français reprenait une présidence qu'il avait déjà occupée en 1921. Grâce à sa bienveillante autorité, il réussissait à rassembler enfin les médecins que la guerre avait dispersés. Encore une fois un effort continu devait redonner vie à la Société.

Cette 3^e période qui a débuté après guerre, a connu enfin le premier Président tunisien de la Société et ce, en 1947, en la personne du Docteur Mahmoud MATERI, le doyen actuel si vénéré de tout le Corps médical tunisien. Le Docteur MATERI devait présider la Société des Sciences Médicales avec une rare autorité et en même temps avec une science et une amérité auxquelles tous ses confrères devaient déjà à cette époque rendre un vibrant hommage.

Un essor grandissant était désormais imprimé à nouveau à l'activité de la Société.

En effet, en 1949, il y a de cela vingt ans déjà, était esquissé le principe d'un enseignement post-graduate, qui amenait à Tunis des Maîtres des Facultés de Médecine françaises dont les premiers furent à l'époque, MM. MERLE D'AUBIGNE et Gilbert DREYFUS.

En 1950, avec la présidence du Dr HADJOUJ, ce fut le tour de MM. les Professeurs Robert DEBRE et Justin BESANÇON, et beaucoup parmi les médecins actuels gardent le souvenir de leur passage à Tunis et de leur précieux enseignement ainsi que de celui du Doyen Léon BINET, doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

En 1951, Jean HUBERT, le troisième Président militaire depuis la création de la Société, s'attelait à la besogne ingrate mais féconde de la préparation du cinquantenaire.

Et l'on arrive à 1952, l'année jubilaire à laquelle MM Etienne BERNARD, Paul CHEVALIER, Gilbert DREYFUS, Marcel GUILLOT, LANTUEJOUL, André MEYER, Robert MONOD notamment, tous venus de Paris, LEVI-VALENSI d'Alger, dévaient apporter un concours éclatant.

**

Après la tunisification du Bureau de la Société en 1957, Bureau présidé par le Dr Hédi RAIS, une nouvelle et décisive impulsion est imprimée à la Société qui prend alors le nom de « Société Tunisienne des Sciences Médicales ».

Cependant, et par rapport aux années précédentes, on peut dire qu'une heureuse et nécessaire continuité sera assurée dans ce que l'esprit de coopération, pouvait sur ce terrain apporter, de plus fructueux et de plus enrichissant.

Après les premières Journées Médico-sociales tunisiennes organisées par le Syndicat des Médecins tunisiens les 1^{er} et 2 juin 1956 et qu'inaugurera avec éclat le Président BOURGUIBA en compagnie du Dr MATERI, Ministre de la Santé Publique de l'époque, les premières assises médico-scientifiques de la nouvelle Société Tunisienne des Sciences Médicales « tunisifiée » seront également rehaussées en 1957 en grande pompe par la présence là encore du Président Habib BOURGUIBA lui-même.

Puis ce sera l'année 1958 qui verra — à l'aube de l'Indépendance et pour la première fois dans les annales —, une femme, notre collègue et amie la Doctoresse Tawhida BEN CHEIKH, présider aux destinées de la Société.

Pour la première fois aussi, cette année-là, verra l'organisation d'un Congrès de médecine arabe à Tunis qui fut le 26^e Congrès de l'Association médicale égyptienne et qui se tint autour du thème de l'Education sanitaire, tandis que l'année suivante ce sera au tour du Congrès Afro-Asiatique d'Ophtalmologie de tenir ses assises dans notre capitale, au moment où le Dr Ali FOURATI imprimait à la Société une impulsion nouvelle grâce à son grand dynamisme, à son habileté et à ses talents d'organisateur. Il devait réaliser l'acquisition du remarquable local actuel de notre Société, qui sera apprêté et aménagé sous la présidence de notre collègue le Dr Saïd MESTIRI.

Cependant d'un autre côté, et depuis 1957, les contacts et échanges avec les Maîtres et collègues étrangers ne se ralentirent pas, bien au contraire, et on peut citer ainsi de 1957 à 1961 la visite à Tunis, notamment de MM. les Professeurs DALSACE, FAUVERT, HEPP, Jean ROCHE (le futur Recteur de l'Université de Paris), VAGUE, CAZAL, CAROLI et déjà en 1960 au moment où le Dr Saïd MESTIRI présidait la Société, de MM. DELARUE et Paul MILLIEZ.

En 1961, le nouveau bureau était présidé par le Dr Béchir HAMZA et animé par l'efficace impulsion de son secrétaire général, le Dr Naceur HADDAD. Il aura pour tâche principale d'inaugurer et de réussir les toutes premières Journées Médicales Tunisiennes, en présence notamment, de MM. les Professeurs FONTAINE, DE SEZE, DEBEYRE FAUVERT et GRABAR.

Ces Journées devaient se tenir pendant cinq années consécutives et comporter en plus des conférences et mises au point, des présentations et discussions autour de tables rondes, auxquelles traditionnellement ont continué à participer très activement, de nombreux médecins tunisiens, malgré tous les obstacles et difficultés que nous connaissons tous.

C'est ainsi que les 2èmes Journées virent la participation notamment de MM. MALLET-GUY, AZERAD, CATTAN, KLOTZ.

En 1963, avec les Drs ESSAFI et BETTAIEB, respectivement Président et Secrétaire général, se tinrent les 3èmes Journées avec les Professeurs PETIT, BRICAIRE, GOULON, J.-J. POCIDALO, P. MARION et SCEBAT, tandis qu'en 1964, le Dr Othman SFAR, aujourd'hui Chef de Service de la division des Hôpitaux au Ministère de la Santé Publique, organisait les 4èmes Journées Médicales Tunisiennes, avec la participation de MM. les Professeurs HUGUIER, WORMS, LEGRAIN, PARAF et LAPRESLE.

En 1965, un des Bureaux les plus actifs, fut celui présidé par le Dr CHARRAD et fortement animé au Secrétariat général par le Dr Hédi JEDIDI, Bureau qui eut à organiser notamment à la fois le 5^e Congrès des Médecins Arabes et aussi les 5èmes Journées Médicales Tunisiennes, avec les Professeurs Jean BERNARD, LORTAT-JACOB, Charles DE-BRAY et L. SCEBAT. Ce Bureau eut encore à mettre sur pied la première participation tunisienne aux premières Journées Médicales Maghrébines qui venaient d'être instituées à Casablanca.

Ainsi et depuis 1966, le Professeur Amor CHADLY, notre doyen actuel, qui aura l'insigne mérite de mettre patiemment et laborieusement sur pied les structures actuelles de notre Faculté de Médecine, présidait avec une rare maîtrise la Société Tunisienne des Sciences Médicales, au moment où les Journées Médicales Maghrébines, qui venaient à peine d'être instituées exigeaient désormais, de concentrer en priorité tous les efforts et toutes les énergies en vue de leur réussite.

Cela n'empêchait pas une pléiade de conférenciers, d'animer les séances de la Société, tels MM. WETHERLEY, WHITE des U.S.A., les Professeurs DE SEZE, GARHNAM, BARTAS, RIOUX, HALPERN, TOURNIER, CABASSO, etc...

Cependant, les Journées Médicales Tunisiennes devaient depuis cette date, céder le pas aux Journées Maghrébines, à l'organisation desquelles s'attelèrent activement et en priorité les deux Bureaux successifs présidés par le Dr H. BEN AYED et A. BETTAIEB, lesquels eurent le grand mérite de maintenir l'activité de la Société en une période fort difficile.

A cette époque on notera, outre les séances habituelles de la Société, les conférences tenues par MM. MONCRIEF, GASPAROV, GROFTON, BIGUET et la tenue des Journées de Neuro-Psychiatrie organisées à Tunis avec notamment la participation de MM. GASTAUT, BOUDOURESQUES, PAILLAS, GAYRAL, NEHLIL, ROGER, SALAMON, LUBAN-PLOZZA, suite à la réunion méditerranéenne d'Electro-encéphalographie de Djerba, dont le style « See meeting » fut une remarquable réussite. Mais il faudra surtout rappeler pour cette époque et essentiellement les Journées Médicales Maghrébines, respectivement tenues à Tunis en 1967 et à Casablanca en 1968.

* *

Depuis quelques années, toutefois, un certain malaise, témoin d'une inévitable crise de croissance, avait longtemps caractérisé le climat qui présidait aux activités de la Société.

D'un côté et au fur et à mesure de l'extension des spécialisations, ces activités étaient exposées à être vidées de leur contenu. Certains poussaient au maximum à la création de sociétés de spécialités et aux colloques hospitaliers. D'autres spécialistes hésitaient redoutant d'être peu suivis et de se retrouver tous seuls devant un aéropage qui ne pourrait pas toujours appréhender des sujets hautement spécialisés et différenciés.

Toutefois, cette question toute théorique, ne semble plus devoir se poser avec l'acuité et la gravité qu'elle aurait pu avoir, les précédentes années.

De toutes les sociétés filiales existantes, seule la Société de Pédiatrie aura à ce jour, une activité conséquente, dynamique et régulièrement soutenue, laquelle d'ailleurs, loin de porter ombrage à la So-

ciété-mère, apparaît au contraire comme une source d'enrichissement mutuel et de renforcement de notre action commune, comme vient de l'attester tout dernièrement encore, la belle réussite des récentes Journées de Pédiatrie qui ont vu la participation de MM. VERLIAC et JOS, et comme le souligne amplement la large représentation permanente des collègues pédiatres au sein du Comité de la Société Tunisienne des Sciences Médicales.

Mais plus encore et bien souvent, la difficulté a résidé dans le manque d'assiduité aux séances régulières de la Société, à la pénurie relative des travaux de recherche en profondeur, longtemps poursuivis et soutenus, par rapport à la fréquence relative de publications isolées, de cas rares souvent très fouillés certes, mais qui ne permettent pas les conclusions générales indispensables, ni l'aperçu synthétique, ni encore la mise au point généralement attendue sur tel ou tel sujet d'actualité.

Mais à la base, il reste que les difficultés principales ont résidé, en premier lieu, et malgré les grosses améliorations apportées, malgré les grands progrès et parfois les réalisations spectaculaires engagées depuis plusieurs années, il reste que ces difficultés ont résidé dans :

— l'insuffisance de l'infrastructure hospitalière, tant en ce qui concerne le personnel (pénurie d'assistants, d'internes, de personnel infirmier hautement qualifié, de secrétariat médical) qu'en ce qui concerne l'insuffisance de l'infrastructure des laboratoires indispensables aux examens biologiques courants, sinon pour les investigations hautement différenciées, sans parler de

— la dispersion des unités de soins, enfin leur morcellement et effritement, cause d'un rendement insignifiant.

Mais il s'agira avant et par dessus tout de la pénurie de médecins par rapport à l'accroissement de la population de près d'un million d'âmes depuis 10 ans et à l'augmentation de la capacité hospitalière triplant depuis l'Indépendance en même temps que se multipliait le nombre des dispensaires alors même que celui des médecins restait stationnaire, aux alentours de 550.

Cette pénurie de médecins reste donc un fait fondamental sur lequel on n'insistera jamais assez, et que nous avons déjà largement développé dans de précédentes études (cf. A propos des 5èmes Journées Médicales Maghrébines, in *Tunisie Médicale*, n° 3, mai-juin 1969).

Cependant, malgré toutes ces difficultés, il nous faut heureusement souligner l'effort du Corps médical tunisien et son abnégation à la tâche, en même temps que la persistance d'une production scientifique de valeur qui transparaît aussi bien à l'échelle des *Archives de l'Institut Pasteur* qu'à celle de la revue *La Tunisie Médicale*.

Il faudra aussi souligner les réalisations souvent grandioses et spectaculaires, comme l'Hôpital d'Enfants et récemment l'Institut de Carcinologie, à côté des améliorations constantes apportées tous les jours à la difficile marche de nos services hospitaliers et des vastes campagnes préventives de masses qui sont périodiquement menées depuis l'Indépendance, avec vigueur et régularité.

Dans ces conditions, l'activité de la Société Tunisienne des Sciences Médicales s'est poursuivie sans relâche malgré toutes les difficultés et vicissitudes — séances plus ou moins régulières certes, mais surtout maintien de la revue *La Tunisie Médicale* à un standing honorable, grâce à l'action des différents Comités de lecture et de rédaction et en particulier durant ces dernières années, des Drs Naceur HADDAD, Amor KHALFAT et Najib MOURALI, secrétaire actuel de la rédaction de la revue et aussi pendant longtemps du Dr Chadli TABBANE à qui l'on doit par ailleurs le renouvellement et le développement de la bibliothèque de la Société.

Aujourd'hui après une bonne période de rodage et étant donné que depuis les trois dernières années, les Journées Maghrébines semblent avoir acquis leur vitesse de croisière, il paraît possible de tenter désormais d'allier à la fois la tenue des Journées Médicales Tunisiennes et celles des Journées Maghrébines proprement dites.

C'est pourquoi les médecins tunisiens espèrent fermement qu'en mai 1970 prochain, les 6èmes Journées Médicales Maghrébines qui se tiendront cette fois à Tunis, revêtiront un éclat tout particulier et ils souhaitent qu'il en sera de même en 70-71 pour les 7èmes Journées Médicales Tunisiennes et les 7èmes Journées Médicales Maghrébines et que désormais ils pourront mener de front les deux types de Journées qui continueront dans ces conditions à porter régulièrement chaque année la même graduation dans le temps.

Ainsi malgré toutes les difficultés et les vicissitudes de ces dernières années, l'activité de la Société Tunisienne des Sciences Médicales s'est pour-

suivie sans désemparer. Malgré tous les obstacles, et il y en eut souvent de très sérieux, cette organisation vieille déjà de près de soixante-dix ans, a su continuer son chemin et maintenir coûte que coûte une tradition absolument indispensable pour la survie et demain pour l'essor de la Médecine tunisienne et finalement pour le relèvement de la Santé Publique dans ce pays.

Pourtant de graves lacunes et difficultés ont longtemps entraîné la mise en veilleuse des activités de la Société, du fait de la dispersion dans les rangs et du scepticisme et aussi il faut bien le dire, à cause d'une certaine lassitude et souvent d'un grand décuoragement.

En effet, les motivations pour entretenir le feu sacré de l'ascèse intellectuelle nécessitaient un climat favorable que pendant longtemps les médecins tunisiens n'ont pas souvent trouvé, rivés comme ils étaient à une tâche quotidienne harassante et trop

souvent et injustement exposés aux malentendus, aux récriminations et à l'incompréhension des uns et des autres.

En définitive, tous les Bureaux qui se sont récemment succédés dans ces conditions à la tête de la Société, n'en ont eu que plus de mérite pour avoir su assurer le maintien, la survie et aujourd'hui le développement de la Société Tunisienne des Sciences Médicales, des activités médico-scientifiques qu'elle représente, de l'idéal qu'elle symbolise, et des nobles buts auxquels elle se doit de prétendre, et qu'elle se doit coûte que coûte de réaliser.

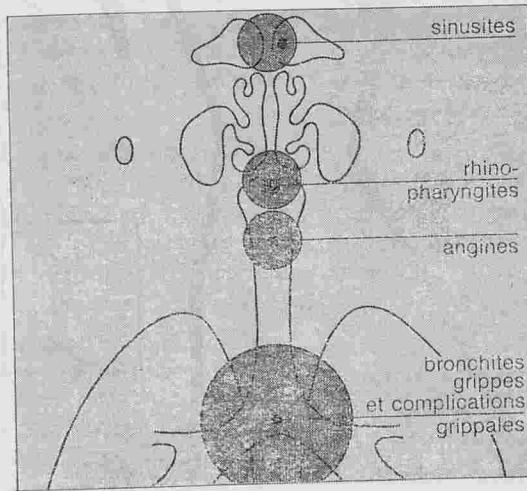
Nul doute qu'à l'aube de cette ère nouvelle, que caractérise la profonde libération des esprits et des coeurs, un renouveau décisif d'activité ne vienne marquer encore davantage la relance véritable de la Médecine Tunisienne que tout le monde désormais espère et attend.

IRS 19

premier solu-vaccin

pernasal

Action préventive et curative
Affections de la sphère O.R.L. et bronchique
notamment à 4 niveaux privilégiés



POSOLOGIE :

1/ Cas aigus et chroniques :

Traitements d'attaque (phase curative) : 4 à 6 pulvérisations par jour dans chaque narine pendant 1 semaine.

Traitements d'entretien (phase de consolidation) : pour prévenir les récidives, poursuivre le traitement pendant 3 semaines, à raison de 2 pulvérisations dans chaque narine par jour.

2/ Traitement préventif (action vaccinante)

2 pulvérisations par jour dans chaque narine

pendant 1 mois, avec un rappel au bout de 3 à 6 mois. La cure est à renouveler au bout d'un an.

INDICATIONS :

- rhinites - rhino-pharyngites - angines - sinusites - rhino-bronchites descendantes - conya - infections du cavum - laryngites - trachéites - bronchites - otites.
- complications grippales et autres infections virales - soins pré ou post-opératoires en cas d'interventions O.R.L.

FORMULE :

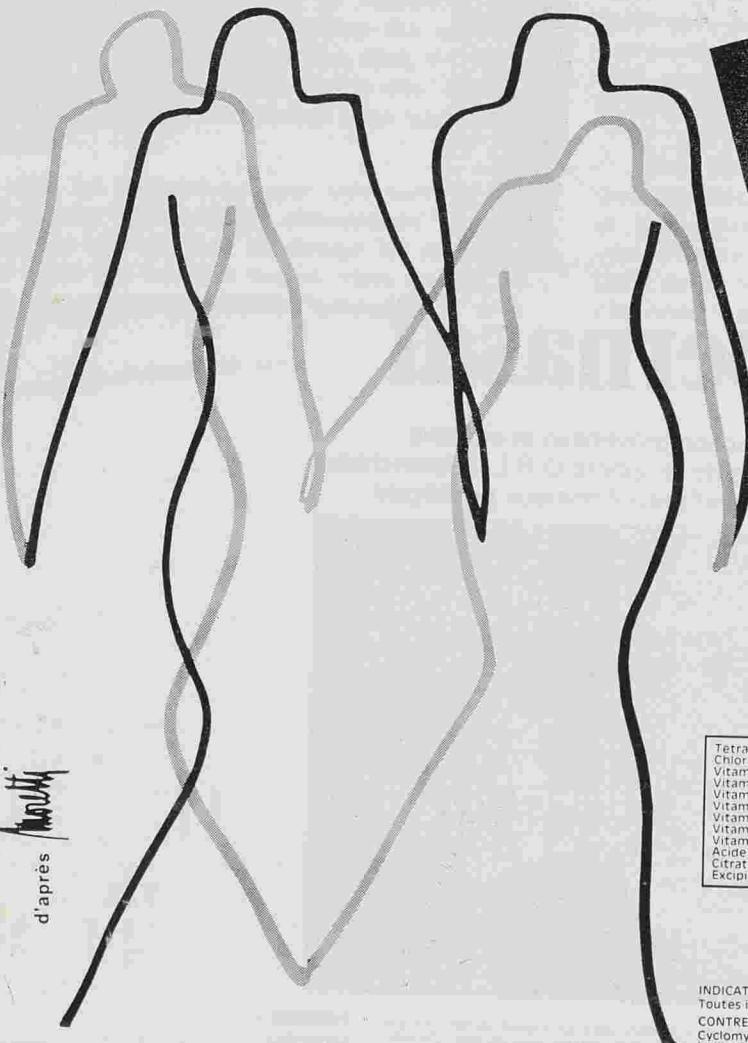
Lysats de :	
Diphylcococcus pneumoniae.....	6,66 ml
Streptococcus.....	6,66 ml
Micrococcus pyogenes (staphylocoque)	3,33 ml
Gaikya tetragena.....	6,66 ml
Neisseria.....	6,66 ml
Klebsiella pneumoniae.....	6,66 ml
Moraxella.....	3,33 ml
Hemophilus influenzae.....	3,33 ml
Ethylmercurithiosalicylate de Na.....	0,0025 g
Excipient q.s.p.	100 ml

Prix : 12,30 F - Remboursé par la Sécurité Sociale et agréé par l'A.M.G. - Visa n° NL 2440 - Pct 3201, Brevet Spécial de Médicament n° 2832 M.

Laboratoires *Sarbach* 01 - Châtillon-sur-Chalaronne - Tél. 17 - 24 - 25 - 35 - 36.

cyclomycétine

Sarbach



**DRAGÉES
et
GRANULÉ
pour sirop**

**COUVRE TOUTE LA
PATHOLOGIE
INFECTIONNÉE
QUOTIDIENNE**

un spectre
particulièrement large
un puissant effet
de synergie
des taux sanguins
rapidement élevés
une bonne tolérance
générale et intestinale
une solution pratique au
problème de la résistance
microbienne

	1 comprimé drageé	1 cuiller-mesure
Tétracycline base	125 mg	31,25 mg
Chloramphénicol	125 mg	31,25 mg
Vitamine B2	2 mg	0,5 mg
Vitamine B2	2 mg	0,5 mg
Vitamine PP	12 mg	3 mg
Vitamine B4	1 mg	0,25 mg
Vitamine B5	4 mg	1 mg
Vitamine B6	2 mg	0,5 mg
Vitamine B12	2 microg	0,5 microg
Acide urique	45 mg	11,25 mg
Citrate de sodium	123 mg	30,75 mg
Excipient	0,5	0,5

INDICATIONS
Toutes infections à germes sensibles
CONTRE-INDICATIONS
Cyclomycétine partage les contre-indications générales de ses constituants principaux : tétracycline et chloramphénicol.

Adultes et
grands enfants :
1 dragee par 10 kg de
poids et par 24 heures
Enfants et nourrissons :
2 cuillères-mesure par
5 kg de poids
et par 24 heures

complexe antibiotique majeur PER OS

Tétracycline - Chloramphénicol - Ion citrique - Groupe vitaminique B

DRAGÉES BOITE DE 20 Prix Public : 20,40 F. VISA n° NL 144

GRANULÉ POUR SIROP FLACON pour 120 ml de sirop. Prix Public : 14,30 F. VISA n° NL 435

Remboursé par la Sécurité Sociale
et agréé par l'A.M.G. - TABLEAU C

Sarbach

CHATILLON-SUR-CHALARONNE - (AIN)
Tél. 17-24-25-35-36

6446 F

LA PRESSE MEDICALE EN TUNISIE

par le Dr Sleïm AMMAR

(Président de la Société Tunisienne des Sciences Médicales)

C'est en 1898 que les premiers médecins de l'Hôpital Civil Français publiaient un bulletin qui devait rassembler l'essentiel de leurs observations.

Ce bulletin devait par la suite réunir les communications faites à la **Section Médicale de l'Institut de Carthage** — Institut qui pour sa part dès 1902 devait constituer l'armature première de la **Société des Sciences Médicales**.

Prenant de plus en plus d'importance, ce regroupement décidait sous la présidence du Docteur BRACQUEHAYE, professeur agrégé de Bordeaux et chirurgien en chef de l'Hôpital Sadiki, de publier un bulletin qui parut en mars 1903 sous le titre de **Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Tunis**.

Consacré seulement à des travaux cliniques, il réservait le domaine de la recherche proprement scientifique — inaugurée brillamment par les travaux de l'**Institut Pasteur** — à une autre publication : les archives de l'Institut Pasteur de Tunis : fondée en 1906 par Charles NICOLLE.

En 1911, à la veille de la tenue à Tunis du célèbre Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française qu'il devait si brillamment organiser, le Professeur Antoine POROT, fonda la revue la **Tunisie Médicale** qui devait vivre un premier temps jusqu'en 1914.

Cependant, « le **Tunis Médical** » créé par les soins des Docteurs CAILLON et Jaubert de BEAUCHEU en 1920, devait fusionner en 1922 avec la **Revue Tunisienne des Sciences Médicales**. L'unité de la Presse médicale devant ainsi durer jusqu'à la guerre de 1939-1945.

Pendant toute cette période, des hommes de bonne volonté continuèrent à en assurer l'audience et la survie, notamment le Dr CASSUTO qui en fut l'infatigable cheville ouvrière.

A côté de lui, le Dr SORIA, dans le rôle plus ingrat d'administrateur réussit cependant à la libérer des vicissitudes matérielles et à en faire un organe digne des revues françaises les plus en vue.

Toutefois, c'est en 1930 que le Professeur Antoine POROT voulut bien céder le titre de « **Tunisie Médicale** », une revue née de la fusion de tout ce passé valeureux où l'on retrouve à la fois l'élan qui animait aussi bien la **Revue Tunisienne des Sciences Médicales**, que le **Tunis Médical** ou que la première **Tunisie Médicale**.

Après la disparition des deux grands pionniers, CASSUTO et SORIA, ce furent à la rédaction, L. MOATTI, BELFORT et à l'administration A. PEREZ, qui devaient assurer à la revue, notamment sur le plan matériel des progrès substantiels.

Mais ce fut bientôt la guerre et ces longs silences. La **Tunisie Médicale** se taisait en 1940, pour plusieurs années.

A cette époque et dès la création du **Conseil de l'Ordre des Médecins**, on se préoccupera alors de publier les communiqués, délibérations et actes du nouvel organisme. Un bulletin du **Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie** fut publié qui eut une existence éphémère en 1941-42.

A la fin de la guerre, des confrères voulurent avec le Dr DEMIRLEAU reprendre aussitôt leurs activités scientifiques et publièrent un bulletin de l'**Hôpital Sadiki** dont le Dr CUENANT assura la rédaction.

Mais l'idée d'unité se faisait jour de nouveau avec les premières réunions d'après-guerre de la **Société des Sciences Médicales** et la **Tunisie Médicale** reparaissait dès 1947.

Organe de la **Société des Sciences Médicales**, la « **Tunisie Médicale** » devait fusionner avec le bulletin de l'**Hôpital Sadiki**, et devenir ensuite en même temps le **bulletin de l'Ordre des Médecins**.

D'accord avec le Ministère de la Santé Publique de l'époque, elle devait recevoir les publications scientifiques et professionnelles de ses services.

Entre temps vers janvier 1949, se constituait un groupe d'études médico-sociales sous l'égide de

« l'Université Nouvelle », animé par le Dr VALENSI, lequel en juillet 1949, faisait paraître un bulletin sous le titre de **La Tunisie Médico-Sociale**.

Cependant dans les domaines strictement médical, scientifique et professionnel, la Tunisie Médicale restait l'expression de la plus grande partie de la vie médicale tunisienne.

Ministère de la Santé Publique, Ordre, Syndicat de l'époque, Société des Sciences Médicales et ses filiales gynécologique, phtisiologique, gastro-entérologique etc... tous y publiaient avec régularité le compte-rendu de leur activité.

Pendant longtemps le large éventail des différents comités de lecture et de rédaction attestent de l'audience de la revue et de la régularité de sa parution.

En 1957, lors de l'Indépendance, la revue est tunisifiée et garde son nom de « **Tunisie Médicale** », organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales et du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Un instant confiée aux Laboratoires LEMOINE, l'administration de la « Tunisie Médicale » fut bientôt reprise en main grâce à la diligence de Mme DOUIEB et quelques années plus tard de Mme GOZLAN, notre si dévouée et infatigable secrétaire actuelle.

En 1960, de mensuelle, la revue était devenue bimestrielle et ne paraîtra désormais que six fois par an, ceci en raison de la passe difficile qu'elle continuera parfois à traverser du fait de la pénurie relative de publications de valeur, phénomène qui certes n'est peut être pas spécifique à la Tunisie mais qui à notre niveau, a pris à un certain moment une gravité particulière.

Depuis 1964, le format de la revue devait néanmoins s'agrandir, la surface des pages doublant presque, et la présentation générale s'améliorant de façon considérable.

L'audience de la revue restera soulignée par les nombreuses demandes d'échanges et de tirés à part qui continuent à nous parvenir de tous les coins du monde.

Ainsi, avec l'Indépendance, la revue devait maintenir et développer un standing honorable qui continuait à la faire apprécier non seulement à l'intérieur de la Tunisie, mais aussi bien souvent encore hors de nos frontières.

Les différents bureaux qui se succéderont alors se devaient coûte que coûte d'en préserver la tenue et d'en développer l'audience et la portée, objectifs qu'ils parvinrent généralement à atteindre, malgré toutes les difficultés et les vicissitudes, grâce à des comités de lecture particulièrement étoffés et persévérateurs et en particulier durant ces dernières années, à l'action des Drs Naceur HADDAD, Amor KHALFAT, Chadly TABBANE, Abdelkrim BETTAIEB, et aujourd'hui du Dr Néjib MOURALI responsable actuel de la rédaction.

Aujourd'hui, malgré toutes les difficultés, la Revue **la Tunisie Médicale** est à jour. Les retards de son impression ont été totalement comblés. La matière après une relative période de faiblesse et de pénurie semble devoir redevenir abondante.

Il serait cependant souhaitable de revenir plus souvent aux numéros spéciaux, classique formule dont l'intérêt est évident. D'autre part, il serait heureux que les compte-rendus des séances de la Société y soient transcrits régulièrement, y compris les discussions.

Il serait souhaitable enfin d'y inclure aussi toutes nouvelles ou annonces d'intérêt professionnel et déontologique. Ainsi le Conseil de l'Ordre des Médecins devrait, croyons-nous, songer à utiliser davantage cet organe qui, ne l'oublions pas est le sien au même titre qu'il est celui de la Société Tunisienne des Sciences Médicales.

En définitive de la valeureuse tradition que représente notre Revue, il est nécessaire de puiser les plus précieux enseignements afin de profiter des efforts et de l'expérience de nos aînés et de tous ceux qui nous ont si valeureusement précédé dans la vie si laborieuse de la rédaction, de l'administration et finalement de la tenue fort honorable de la Presse Médicale dans ce pays.



l'antibiothérapie magnifiée en **pédiatrie**

RUBITRACINE

deux formes
infantiles :

de 0 à 18 mois

à partir de 18 mois

RUBITRACINE NOURRISSON

RUBITRACINE ENFANT

***action majorée
spectre élargi
tolérance accrue***

- à titre curatif **infections broncho-pulmonaires, O.R.L.,
digestives, urinaires, dermatologiques,...**
- à titre préventif **surinfection des viroses, couverture antibiotique,...**

SIMPLICITÉ POSOLOGIQUE

à tous les âges... **le SACHET-DOSE...**
la juste mesure pour un maximum d'efficacité

RUBITRACINE Nourrisson

2 à 4 sachets par 5 kilos de poids et par jour

RUBITRACINE Enfant

1 sachet à 1 sachet $\frac{1}{2}$ par 5 kilos de poids et par jour

COMPOSITION & PRÉSENTATIONS

• tétracycline base
 • lauryl sulfate de l'ester propionique de l'érythromycine, quantité correspondant à érythromycine base
 • chlorhydrate de lysozyme
 excipient **sucré** q.s.p.
 excipient aromatisé à la **framboise** q.s.p.

Nourrisson

50 mg

125 mg

30 mg

75 mg

2,5 mg

5 mg

3 grammes

5 grammes

RUBITRACINE NOURRISSON : Boîte de 12 sachets-doses
RUBITRACINE ENFANT : Boîte de 12 sachets-doses

ROUSSEL

LES LABORATOIRES ROUSSEL, 35 BD DES INVALIDES, PARIS 7^e - TEL 705-93-28
A.T.U.D.I.P.P. - 41, rue Nahas-Pacha - Tunis

réf. 68-17

GLUDIASE

sulfamide hypoglycémiant
nouveau



le meilleur coefficient thérapeutique

Efficacité aux doses
les plus faibles

Tolérance excellente

Hémikrète optimale couvrant
le nycthémère

Indications :

Contre-indications :

Posologie moyenne :

Présentations :

Diabète gras non céto-surréique de l'adulte et du vieillard

Diabète acido-céto-surréique. Insuffisances hépatique ou rénale sévères. Grossesse

Deux comprimés par jour, en une ou deux prises

Comprimés dosés à 250 mg de Désaglybuzole

Boîtes de 20 comprimés : P. Cl. 10 et de 100 comprimés : P. Cl. 45

A.M.G. - Art 115 - S.S. - Tableau A



LABORATOIRE ROGER BELLON S.A. 159, av. du Roule - 92-NEUILLY - PARIS

FRANCE N° 1

A propos d'une première série de Cardiopathies opérées à cœur ouvert

par M. BEN-ISMAIL, M. FOURATI, M. GHARIANI et P. JAILLON

Nous avons repris dans le service du Pr. Agr. BEN-ISMAIL à Tunis 37 dossiers de malades qui ont été opérés à cœur ouvert. Nous essaierons de tirer quelques conclusions de cette première série.

I. MATERIEL D'ETUDE :

Sur les 1300 malades hospitalisés, on compte 35,5 % de cardiopathies rhumatismales, 11,5 % de cardiopathies congénitales, le reste des malades (53 %) étant constitué par des affections cardio-vasculaires diverses. On peut donc noter d'emblée

l'importance du RAA parmi les facteurs étiologiques puisque plus d'une cardiopathie sur 3 en est une séquelle.

18 % des cardiopathies rhumatismales et 26 % des cardiopathies congénitales ont été opérés à cœur fermé ou ouvert.

On compte actuellement 37 malades opérés à cœur ouvert sur 128 interventions, soit près d'une sur 3. Parmi ces 37 interventions deux groupes seront distingués : (Fig. 1)

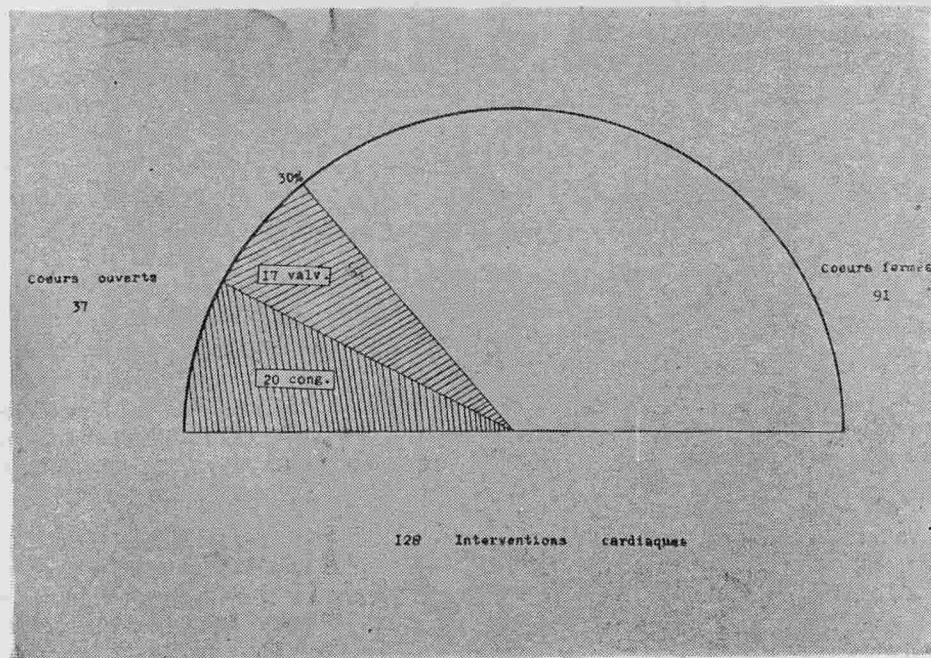


FIGURE 1

Répartition des interventions faites à cœur fermé ou à cœur ouvert

- 20 cardiopathies congénitales,
- 17 valvulopathies toutes d'origine rhumatismales.

Ces 37 malades ont été opérés en différents endroits. Les valvulaires, qui ne sont pas encore opérés en Tunisie, sont allés soit en France — 8 —, soit en Suisse — 8 —, enfin un cas aux USA en 1963. Par contre, au moment de la rédaction de cet article (mai 1969), 11 congénitaux sur 20 ont été opérés en Tunisie. Cette chirurgie n'a débuté

à Tunis qu'en 1968. 7 congénitaux ont été opérés en France et 2 en Suisse.

II. LES CARDIOPATHIES CONGÉNITALES :

Ces 20 malades, 11 hommes et 9 femmes, avaient un âge moyen lors de l'intervention de 16 ans. Plus de la moitié de ces 20 malades avaient moins de 20 ans. Le quart avait plus de 30 ans et dans ces derniers cas on ne trouve que des communications interauriculaires (Fig. 2).

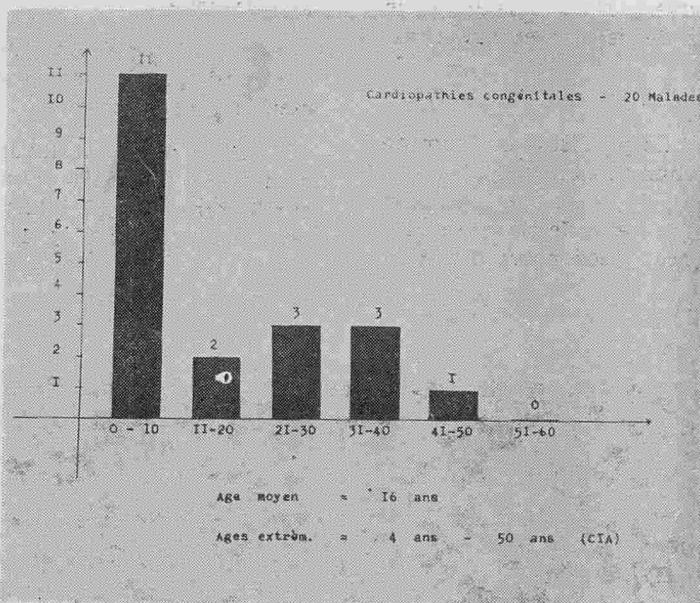


FIGURE 2
Répartitions en fonction de l'âge des Cardiopathies Congénitales opérées.

L'âge extrême minimum lors de l'intervention est une CIV de 4 ans qui présentait une insuffisance cardiaque telle que nous avons dû la faire opérer malgré son jeune âge.

La répartition des diagnostics montre que les communications interauriculaires viennent au premier plan avec 9 cas. Il s'agissait huit fois de CIA de type ostium secundum et un échois seulement d'une CIA de type ostium primum avec fente mitrale dont la correction chirurgicale s'est bien passée. En deuxième plan viennent les communications interventriculaires avec 5 cas. Leur moyenne d'âge est la plus basse (5 ans). Enfin on trouve successivement trois sténoses pulmonaires dont une avec transposition corrigée des gros vaisseaux, deux

réparations complètes de Tétralogie de FALLOT et une ectasie congénitale de l'aorte ascendante chez un enfant de 4 ans qui a nécessité une résection greffe sur la crosse de l'aorte.

La durée moyenne d'évolution post-opératoire est de 9 mois actuellement avec un maximum de 4 ans concernant une CIA dont l'état clinique est excellent. Sur 20 malades opérés on compte 18 bons résultats.

1^o Bons résultats :

Chez ces 18 malades l'état clinique est tout à fait satisfaisant. La vascularisation pulmonaire est revenue à la normale dans la grande majorité des

cas et les signes électriques de surcharge ont regressé. Si le volume cardiaque apprécié à la radio a diminué dans la moitié des cas seulement, nous pensons que la durée d'évolution post-opératoire n'est pas actuellement suffisante pour observer un meilleur résultat. Deux faits cependant sont à signaler :

a) La persistance d'un souffle latéro-sternal gauche après réparation complète d'une tétralogie de FALLOT et de deux souffles systoliques de rétrécissement pulmonaire après l'intervention. Enfin une CIV opérée et la CIA ostium primum ont encore des souffles (soit 5 malades).

b) La survenue de deux troubles de la conduction intra-ventriculaire à type de bloc de branche droite, l'un complet après correction d'une Tétralogie de FALLOT, l'autre incomplet après correction d'une CIV.

Dans le premier cas une poussée d'insuffisance cardiaque est survenue dans les premiers jours après l'intervention et a regressé rapidement au traitement médical.

2^e Les échecs :

Nous comptons deux échecs, deux communications interventriculaires, âgées de 5 ans. L'un est décédé en post-opératoire immédiat présentant un syndrome hémorragique avec des troubles du rythme terminaux. L'autre, un enfant de 5 ans, doit être réopéré car le shunt gauche-droit persiste, comme le cathétérisme et la cinéangiographie

sélective du VG nous ont permis de le vérifier. Il a présenté en post-opératoire une surinfection avec suppuration de la plaie et désunion sternale. Il est possible que cette surinfection post-opératoire soit à l'origine du lachage d'un point sur le patch. D'autre part une insuffisance aortique est apparue après l'intervention. Il est possible qu'une valve sigmoïde aortique, probablement antéro-droite, ait été déformée par un point de suture de la CIV. Enfin est apparu un bloc de branche droit post-opératoire. Les signes électriques de surcharge se sont accentués et le cœur a augmenté de volume. Toutefois ce jeune malade ne présente pas actuellement d'insuffisance cardiaque.

En conclusion, les résultats de ces 20 cardiopathies congénitales opérés à cœur ouvert nous semblent satisfaisants dans 18 cas. Les échecs concernent des CIV. Ce fait a déjà été de nombreuses fois signalé par différents auteurs. On notera enfin le jeune âge lors de l'intervention puisque la moitié avaient moins de 20 ans.

III. LES VALVULOPATHIES RHUMATISMALES :

17 malades, 12 hommes et 5 femmes ont été opérés pour des affections valvulaires rhumatismales. Les 5 femmes présentaient toutes une atteinte isolée de l'orifice mitral. L'âge moyen des 17 malades se situe aux environs de 24 ans avec des extrêmes de 8 ans (insuffisance mitrale majeure en insuffisance cardiaque) et de 55 ans (maladie aortique et rétrécissement mitral). Plus des 3/4 des malades avaient moins 30 ans lors de l'intervention et près de la moitié moins de 20 ans. (Fig. 3)

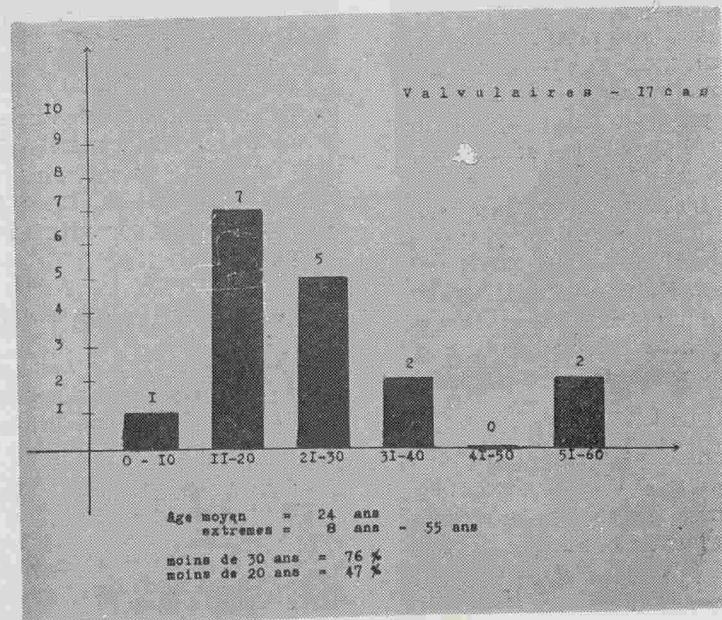


FIGURE 3

Répartitions en fonction de l'âge des Cardiopathies Rhumatismales opérées.

Sur ces 17 malades on compte :

- 8 prothèses mitrales (dont les 5 femmes de cette série),
- 4 prothèses aortiques dont une avec commissurotomie mitrale,
- 2 doubles prothèses mitrales et aortiques,
- 1 double prothèse mitrale et tricuspidienne,
- 1 prothèse mitrale + plastie tricuspidienne,
- Enfin une annuloplastie mitrale de Wooler.

Les 19 prothèses qui ont été mises en place sont une valve de Cutter mitrale, une valve à disque mitrale, et 17 valves de Starr Edwards dont 4 à bille métallique. Les 16 porteurs de prothèses valvulaires ont tous été mis au traitement anti-coagulant après l'intervention.

Les résultats globaux montrent que 3 malades sont décédés dans les suites immédiates de l'intervention. Il s'agissait d'une prothèse mitrale, d'une double prothèse mitrale et aortique, enfin d'une prothèse mitrale avec plastie tricuspidienne. Il n'y a aucun décès chez les malades porteurs de Valve de Starr aortique. Analysons les résultats des 14 malades non décédés.

A) RESULTATS CLINIQUES :

Les signes fonctionnels et l'insuffisance cardiaque ont regressé chez 12 malades. En ce qui concerne les 2 autres malades, chez l'un persiste une dyspnée d'effort après mise en place d'une double prothèse mitrale et aortique l'autre âgée de 33 ans présente deux ans et demi après la mise en place d'une prothèse mitrale une poussée d'insuffisance cardiaque tandis qu'est apparu un souffle systolique de pointe irradiant dans l'aisselle. Nous pensons que deux facteurs ont aggravé l'état de cette malade. L'apparition d'une insuffisance mitrale tout d'abord. L'oreillette gauche est en effet expansive à l'examen radioscopique. Il s'agit probablement d'un lachage partiel des attaches de valve de Starr. D'autre part l'existence d'une insuffisance tricuspidienne connue avant l'intervention mais non corrigée es également une cause de cette aggravation.

Nous avons observé une autre fois une désinsertion partielle d'une prothèse mitrale chez une enfant de 3 ans qui a nécessité une reprise chirurgicale 4 mois après l'intervention. Elle va actuellement très bien.

Enfin, deux malades sur 4 porteurs de Valve de Starr aortique présentent un petit souffle diastolique latéro-sternal gauche dont l'existence a été constatée en post-opératoire immédiat et qui n'a pas modifié pas aux examens successifs. Ces 2 malades n'ont pas présenté de poussée d'insuffisance cardiaque. Au total au point de vue clinique, 12 sur 14 sont d'excellents résultats, un est un résultat moyen, et un médiocre.

B) RESULTATS RADIOLOGIQUES :

Pour deux malades nous ne possédons pas encore de cliché de contrôle post-opératoire suffisamment tardif. Parmi les 12 autres, on compte deux fois seulement un volume cardiaque normal un an et deux ans après l'intervention. (Fig. 4)*. 7 fois le cœur a diminué de volume après l'intervention sans toutefois revenir à la normale. Enfin 3 fois le volume cardiaque ne s'est pas modifié.

Au total sur les 12 malades dont nous pouvons étudier l'évolution des clichés post-opératoires on compte 9 bons résultats et 3 résultats médiocres (deux mitraux, un aortique).

C) RESULTATS ELECTROCARDIOGRAPHIQUES :

Deux facteurs sont intéressants à étudier, les signes de surcharge ventriculaire et les troubles du rythme.

a) **Troubles du rythme.** Deux fois est survenue en post-opératoire une fibrillation auriculaire. Un choc électrique externe suivi d'un traitement quinidinique a permis dans un cas un retour au rythme sinusal.

b) **Signes de surcharge ventriculaire.** Nous ne possédons que 12 contrôles ECG post opératoires. 9 fois les signes de surcharge ont nettement regressé après l'intervention. Chez 2 malades la modification est peu importante et dans un cas l'ECG est inchangé.

D) COMPLICATIONS DIVERSES :

Un mois après la mise en place d'une prothèse mitrale (Valve de Cutter) est survenue une anémie hémolytique chez une fillette de 8 ans.

(*) Au verso figure 4, enfant âgée de 8 ans insuffisance mitrale, mise en place d'une Valve de Starr Mitrale.

Figures A et B Face et OAD Pré-opératoire.

C et D Face et OAD Post-opératoire.

FIGURE 4

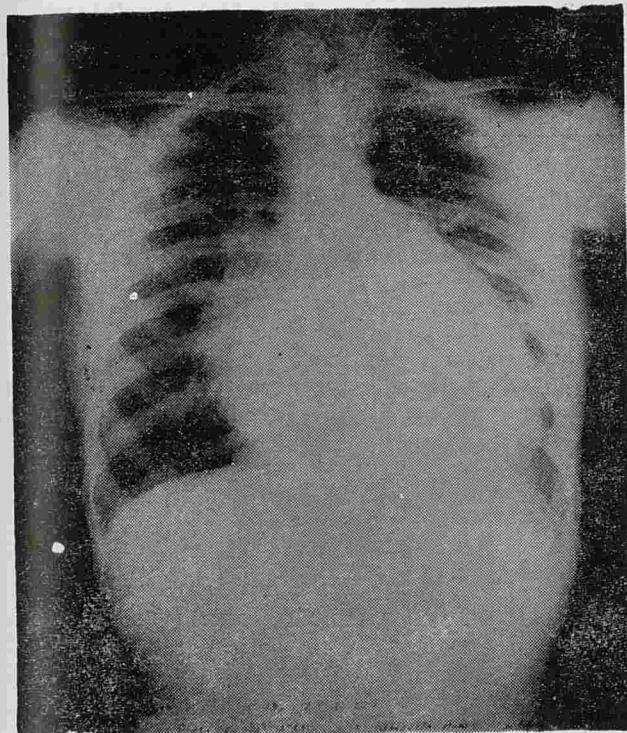
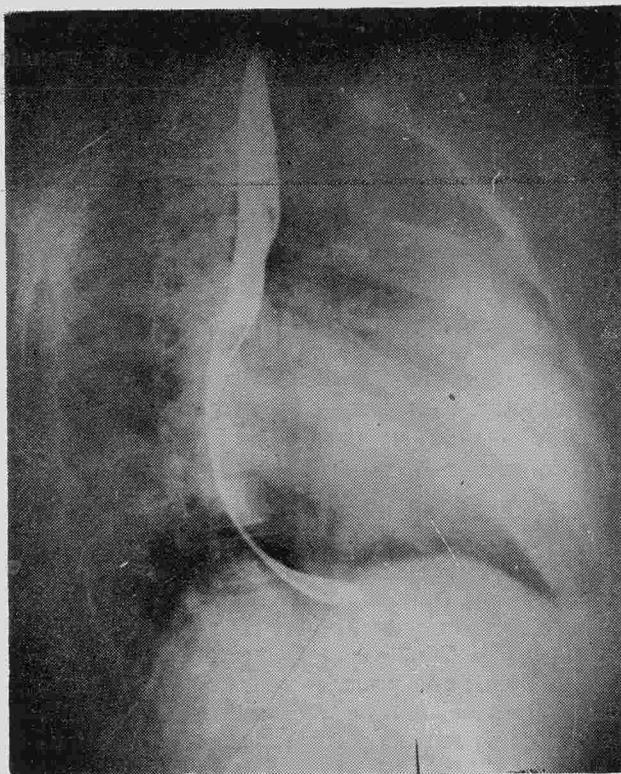
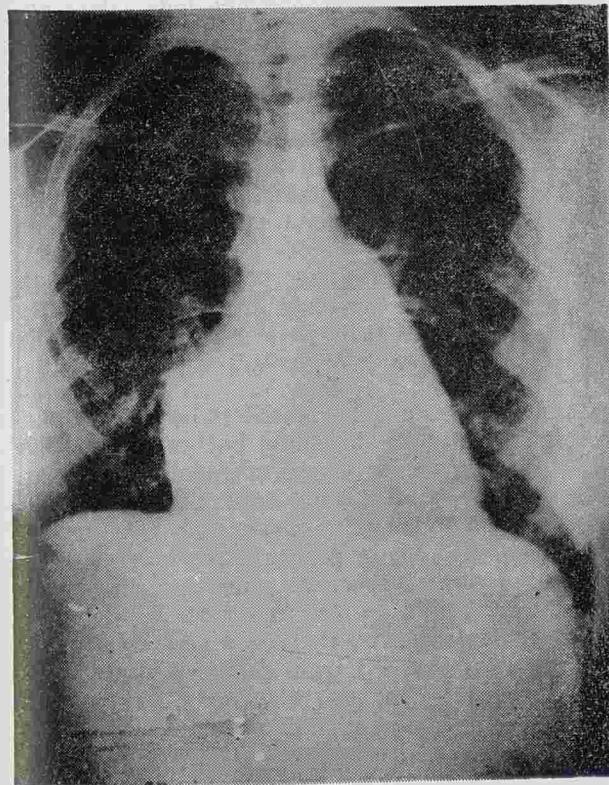


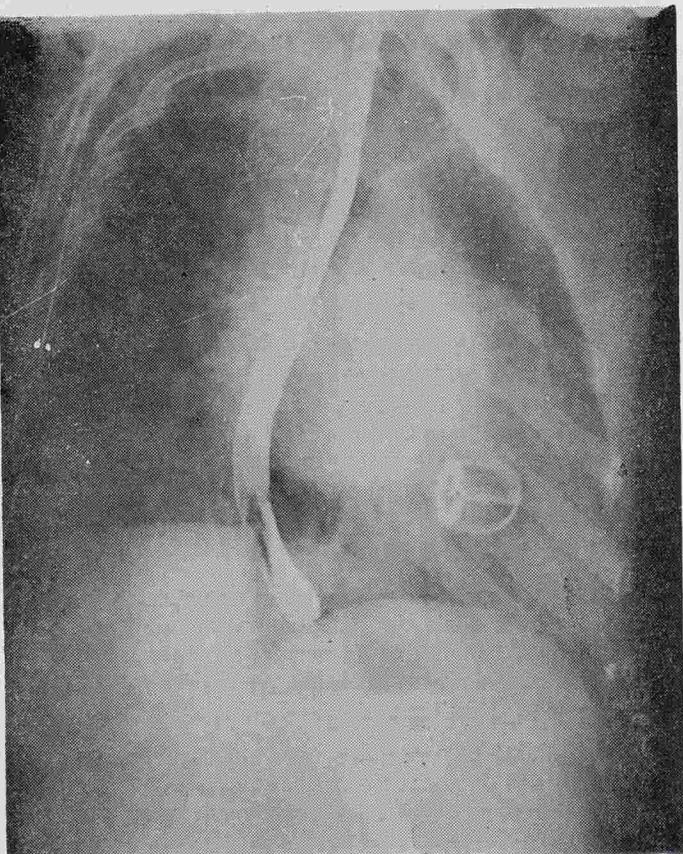
FIGURE 4
A
Lateral view of the skull showing a large, irregularly shaped, dark, porous lesion on the left side of the cranium, likely representing a tumor or pathological change.



B



C



D

Nous n'avons pas observé pour l'instant d'autre complication notamment thrombo-embolique ou infectieuse et une fois seulement une désinsertion a nécessité une reprise chirurgicale.

En conclusion, l'amélioration clinique est la plus précoce et la plus nette puisque 12 malades sur 14 ne présentent plus de signe fonctionnel ni de poussée d'insuffisance cardiaque. Sur le plan radiologique 9 malades seulement sur 14 présentent une diminution de volume cardiaque et 9 fois également les signes électrocardiographiques de surcharge ventriculaire ont regressé.

E) ETUDE DES TROIS DECES :

Les trois décès sur les 17 valvulopathies opérées concernent trois hommes âgés de 15, 29, 51 ans soit un âge moyen de 31 ans. Ils sont tous trois décédés en post-opératoire immédiat, après mise en place l'un d'une prothèse mitrale, l'autre d'une double prothèse mitrale et aortique, le dernier d'une prothèse mitrale et d'une plastie tricuspidienne.

Dans les 3 cas l'étude du dossier pré-opératoire montre l'existence d'une insuffisance cardiaque irréductible (Stade IV de la classification de la New-York Heart Association) avec des poussées résistant au traitement médical. Une cardiomégalie est également retrouvée dans les 3 cas ainsi qu'une fibrillation auriculaire. En plus on note 2 fois sur 3 l'existence d'une atteinte hépatique sévère avec des poussées ictériques et une fois cirrhose cardiaque évolutant depuis un an. 2 fois sur 3 également l'autopsie a montré l'existence de lésions coraniques diffuses.

Une inefficacité cardiaque immédiatement après l'intervention a été en cause 2 fois sur 3. Dans le dernier cas une hémorragie est survenue quelques heures après l'intervention ainsi qu'une insuffisance cardiaque peut-être en rapport avec une lésion traumatique de la valve antérieure de la tricuspidie.

F) DISCUSSION :

Nous avons essayé de tirer quelques conclusion de cette série de 17 valvulopathies opérées à cœur ouvert, bien que le recul post-opératoire en général ne soit pas suffisant pour permettre des conclusions définitives.

L'indication opératoire est évidemment difficile à poser. Ces 17 malades présentaient tous en pré-opératoire une insuffisance cardiaque récidivante.

rebelle au traitement, aggravée chez 9 malades par une fibrillation auriculaire. Deux fois existaient en plus des troubles du rythme plus graves à type d'extra-systoles ventriculaires fréquentes. D'autre part les conditions sociales nous obligent souvent à précipiter la date de l'intervention lorsqu'elles empêchent le repos, la poursuite du traitement et du régime désodé.

Nous pensons donc qu'il faut intervenir lorsque les ressources du traitement médical sont épuisées et que l'état du malade s'aggrave. Il faut souligner que ces 17 malades ne présentaient aucun signe clinique ni biologique d'évolutivité rhumastimale depuis plusieurs années.

Reste un problème particulier, celui de l'âge auquel peut-être posée une prothèse valvulaire. Notre série de malade a un âge moyen de 26 ans avec un âge minimum de 8 ans.

Or les séries françaises actuellement publiées montre un âge moyen sensiblement plus élevé. En 1968 LENEGRE et Coll. (1-2) publient les résultats du traitement chirurgical de l'insuffisance aortique et du double remplacement valvulaire mitral et aortique indiquaient un âge moyen de 39 ans avec des minimum à 15, 19 et 22 ans. En 1967 Soulié et collaborateurs (3) publient les résultats éloignés de la chirurgie de l'orifice aortique indiquaient un âge moyen de 42 ans, avec un minimum de 14 ans. Nous avons donc tendance à faire opérer les malades plus tôt.

Nous avons essayé de comparer les résultats de ces séries françaises à nos résultats personnels. En ce qui concerne les prothèses mitrales Lenègre et collaborateurs (4) publient en 1967 une mortalité globale de 40 %, avec 30 % en post opératoire immédiat. Pour les prothèses aortiques, les mêmes auteurs (1) ont une mortalité de 33 % avec 25 % dans les 6 premiers mois post-opératoire et Soulié et collaborateurs en 1967 (3) ont 17 % de décès.

Enfin pour les doubles prothèses Lenègre et collaborateurs en 1968 (2) indiquent une mortalité globale de 50 % dans les premiers mois en post-opératoire. Nous retrouvons dans notre série un plus grand pourcentage de décès en cas de double geste opératoire (double prothèse, prothèse et plastie : deux décès). En cas de remplacement mitral isolé (1 décès sur 8 opérés), nos résultats sont actuellement légèrement supérieurs à ceux des autres séries publiées. La chirurgie de l'orifice aortique présente actuellement les meilleurs résultats; aucun décès chez nos prothèses aortiques.

G) CONCLUSION :

En conclusion, l'indication opératoire est posée lorsque le traitement médical ne permet plus de contrôler l'insuffisance cardiaque, lorsqu'il n'y a plus depuis plusieurs mois d'évolutivité rhumatismale, enfin avant qu'apparaissent ces mauvais facteurs de pronostic retrouvés dans nos trois décès : cardiomégalie majeure, atteinte hépatique avec poussée ictérique, troubles du rythme, enfin lésions coronariennes retrouvées 2 fois sur 3. Le jeune âge de nos opérés pose évidemment le problème du pronostic lointain des prothèses valvulaires cardiaques. Il faudra attendre plusieurs années pour tirer des conclusions plus précises.

Communication faite à la réunion de la Société des Sciences Médicales de Tunisie — Séance tenue à Sousse le 22 juin 1969.

H) RESUME.

Etude de 37 dossiers de malades opérés à cœur ouvert, 20 cardiopathies congénitales, 17 valvulopathies rhumatismales.

a) **Cardiopathies Congénitales :**

Sur les 20 malades (11 hommes et 9 femmes) d'âge moyen 16 ans lors de l'intervention, on compte 18 bons résultats, un décès en post-opératoire immédiat enfin une réintervention.

b) **Valvulopathies Rhumatismales :**

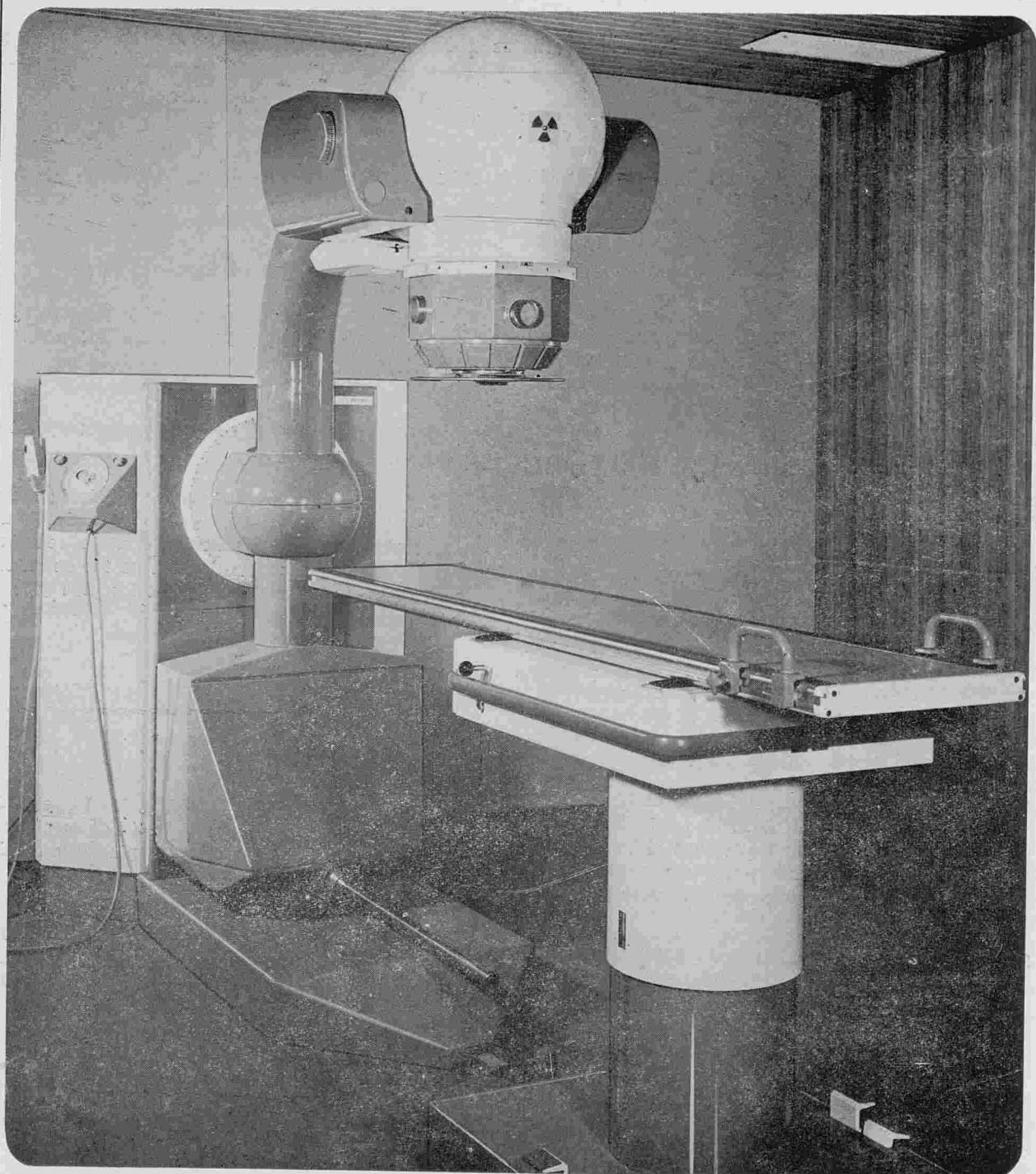
Il s'agit de 12 hommes et 5 femmes d'âge moyen 24 ans lors de l'intervention. L'amélioration clinique est la plus précoce suivie par l'amélioration radiologique et électrocardiographique.

Trois malades sont décédés en post-opératoire immédiat.

Les meilleurs résultats sont ceux de la chirurgie de l'orifice aortique, la chirurgie de l'orifice mitral vient ensuite. Enfin les doubles remplacements valvulaires, ou les doubles gestes opératoires (prothèses + plasties) présentent les plus gros risques actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

1. BEN SAID J., PENTHER Ph., GRAND A., COBLENCE B., MAURICE P. et LENEGRE J. — Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'insuffisance aortique pure par prothèse de Starr Edwards. Archives des Maladies du Cœur 1968 n° 3 p. 386.
2. PENTHER Ph., BEN SAID J., MAURICE P. et LENEGRE J. — Résultats éloignés et risques du double remplacement valvulaire mitral et aortique par prothèses à bille. Archives des Maladies du Cœur, 1968, n° 4, p. 519.
3. SOULIE P., ACAR J., HODARA M. et FOUCHEARD J. — Résultats éloignés de la chirurgie de l'orifice aortique par transplantation valvulaire ou par prothèse de Starr. Archives des Maladies du Cœur, 1967, n° 7, p. 943.
4. PENTHER Ph., MAURICE P. et LENEGRE J. — Résultats éloignés de la chirurgie de l'insuffisance mitrale. Archives des Maladies du Cœur 1967, n° 10, p. 1443.



Cet appareil de cobaltherapie est l'une des 16 versions de notre gamme.

Du matériel le plus simple à l'installation la plus complète et la plus perfectionnée, vous trouverez toujours chez MASSIOT PHILIPS l'appareil qui conviendra à vos besoins.

MASSIOT PHILIPS

matériel médical

6 ROUTE DE BEZONS / 78 CARRIERES-SUR-SEINE / TELEPHONE 968 40 00

CORTINE NATURELLE

LAROCHE NAVARRON
Extrait cortico-surrénal total

dans toutes
**URGENCES
MÉDICALES**
et
CHIRURGICALES

quels que soient
l'état du blessé ou du malade,
son âge, sa tension artérielle.

GARANTIT L'INTÉGRITÉ DES RÉACTIONS DE DÉFENSE

CORTINE NATURELLE 125 unités L.N.
(2 à 3 ampoules, ou plus si nécessaire) :
en intraveineuse si possible
ou intramusculaire
sinon, par voie perlinguale
(vider le contenu d'une ampoule A
dans la bouche).

Boîtes de 2 et de 5



LAROCHE NAVARRON
63, Rue Chaptal - 92 - Levallois - Tél. 737-61-55

*Pour remplacer
la dihydrostreptomycine-bipénicilline*

PANSTRILLINE

pénicilline + benzathine pénicilline (Extencilline) + sulfate de streptomycine

3 présentations	Pénicilline G	Benzathine pénicilline	Streptomycine (sulfate)
PANSTRILLINE 0,5 M/0,25 g	400.000 U.I.	100.000 U.I.	0,25 g
PANSTRILLINE 1 M/0,25 g	800.000 U.I.	200.000 U.I.	0,25 g
PANSTRILLINE 1 M/0,50 g	800.000 U.I.	200.000 U.I.	0,50 g

INDICATIONS :

- Angines - rhinopharyngites - otites
- Pneumopathies aiguës - bronchopneumonies
- Streptococcies
- Staphylococcies - furoncles - anthrax
- Infections des voies biliaires
- Infections urinaires
- Gonococcie et ses complications
- Syphilis

POSOLOGIE :

NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS : la moitié ou la totalité du nécessaire Panstrilline 0,5 M/0,25 g

GRANDS ENFANTS : un nécessaire 1 M/0,25 g

ADULTES : un nécessaire 1 M/0,50 g

UNE SEULE INJECTION PAR JOUR

Toutefois, dans les cas graves, nécessitant un traitement intensif, il peut être indiqué de renouveler les doses ci-dessus toutes les 12 heures.

CONTRE-INDICATIONS :

Sujets présentant un état de sensibilisation à la pénicilline ou à la streptomycine.

1^o) Assure une pénicillinémie prolongée grâce à la benzathine-pénicilline

2^o) Evite les réactions de sensibilisation à la pénicilline-procaïne

3^o) Réduit les risques d'atteinte cochléaire que l'on peut observer avec la dihydro-streptomycine

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPECIA" MARQUES RHÔNE-POULENC
INFORMATION MÉDICALE : 28, Cours Albert 1^{er} - PARIS 8^e - B.P. 490.08 - Tél. ALMA 40-00

L'Epilepsie en Afrique du Nord (*)

par Christo CHRISTOZOV (Sofia)

GENERALITES

Bien que plusieurs auteurs ont étudié l'épilepsie dans le milieu nord-africain, cette question présente toujours de nouveaux aspects, nécessitant de nouveaux efforts de recherche.

En abordant le problème on est toujours étonné par le fait de l'existence d'un grand nombre d'épileptiques parmi les Nord-africains. Plusieurs auteurs (H. AUBIN, 1939, 1952; A. POROT et D. C. ARII, 1932; A. POROT, 1943) insistent sur cette fréquence. SUTTER (1937), par une statistique portant sur 1.838 malades mentaux traités dans les formations psychiatriques d'Algérie, montre un pourcentage d'épilepsies mentales qui est de 9,7 % chez l'indigène, tandis qu'il n'est que de 4,7 % chez les européens.

Nous avons eu l'occasion d'examiner 68 malades atteints d'épilepsie, hospitalisés à l'hôpital neuro-psychiatrique de Berrechid (Maroc), tous hommes, de nationalité marocaine, durant les années 1963-1966. Les réflexions suivantes dérivent de l'interprétation de ce matériel clinique.

DONNEES STATISTIQUES

Suivant leur âge, ces 68 hommes se répartissent de la façon suivante :

Jusqu'à 20 ans	8
De 21 à 25 ans	17
De 26 à 30 ans	12
De 31 à 40 ans	22
De 41 à 50 ans	8
Au-dessus de 50 ans	1

Evidemment le plus souvent l'âge de nos malades se situe de 20 à 30 ans, suivi de la période entre 30 et 40 ans, etc. Même l'âge au-dessous de 20 ans est représenté. Cela s'accorde avec le fait

(*) Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Sofia, ex-Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique de Berrechid, près Casablanca.

clinique bien connu que le début des phénomènes épileptiques se manifeste habituellement tôt dans la vie.

La situation de famille nous apparaît sous le tableau suivant :

Célibataires	51
Mariés	11
Divorcés	6

Le groupe des célibataires prédomine largement. Peut-être la maladie elle-même a été la cause de ce que les malades sont restés célibataires. Parmi ces malades 14 seulement ont des enfants. C'est une preuve que l'épilepsie est une maladie entraînant des conséquences sociales importantes.

Il est intéressant de savoir la *situation professionnelle* de nos malades :

Sans profession	51
Fellahs	10
Manœuvres	2
Artisans	2
Berger	1
Ecolier	1
Militaire	1

Ici le rôle social de la maladie est mieux marqué, celle-ci empêchant dans une large mesure l'intégration professionnelle.

Où sont domiciliés nos malades ? Voilà encore une question importante :

Douars	39
Villes	28
Sans domicile fixe	1

La grande partie des malades nous vient des villages. La population est proportionnellement répartie.

26 de nos malades ont eu *plusieurs hospitalisations*. Voilà le tableau du nombre d'internements à l'hôpital :

2 fois	13
1 fois	42

3 fois	7
4 fois	2
6 fois	2
7 fois	1
8 fois	1

Ces chiffres dérivent indiscutablement de la nature chronique de l'épilepsie — une maladie occupant parfois toute la vie du malade et exigeant souvent un traitement clinique.

La durée d'hospitalisation est présentée de la même façon :

Au-dessus de 500 jours	1
De 200 à 500 jours	9
De 100 à 200 jours	12
Moins de 100 jours	15

Comme on le voit, la plupart de nos malades sont restés à l'hôpital plus de 100 jours. Cela signifie que l'épilepsie s'avère une maladie grave, difficilement maîtrisable et exigeant un long traitement. Les autres 31 malades qui ne sont pas présentés au tableau ci-dessus étaient à l'hôpital au moment de la fin de nos observations.

DONNEES CLINIQUES SOMMAIRES

La majeure partie des 68 épileptiques présentait des crises du type « grand mal ». Suivant les critères d'admission à l'hôpital (spécialisé pour des maladies mentales chroniques) il s'agissait de malades, dont le début de la maladie se situait loin du moment de l'admission — plusieurs années. La plupart de ces malades racontaient assez nettement les caractéristiques de leurs crises épileptiques : perte de conscience, convulsions, état succédant à la crise. Quelques-uns (par ex. obs. 34) expliquaient l'apparition des crises par l'influence des forces magiques : « Ce sont les diables, qui me font tomber en crises ».

Un seul malade présentait une épilepsie myoclonique (du type Unverricht).

Admettant que les 68 malades présentent d'une manière générale une épilepsie génitale (suivant nos possibilités d'étude laboratoire et instrumentale), nous avons examiné certains aspects somatiques, qui seront exposés ultérieurement.

En ce qui concerne l'état actuel de ces malades, nous pouvons le présenter sous les rubriques suivantes :

a) *Etat psychomoteur.* — Suivant ce critère les malades se répartissaient vers les deux pôles : d'une part, l'état d'excitation psychomotrice, associée à la logorrhée, l'abondance de gestes et de mimiques, la tendance à l'agressivité et les violences (21 malades), et d'autre part, l'état de calme, d'inerie, de manque d'initiative et d'intérêt, de repliement et de réticence (21 malades). Il est évident que dans ces deux groupes on pourrait distinguer plusieurs nuances traduisant l'individualité de ces personnes et de leurs maladies. Nous pouvons citer les exemples suivants — *du premier groupe* — obs. 1 : logorrhée, salade de mots, incohérence de la pensée, instabilité des réactions émotionnelles et caractérielles; obs. 3 : frappe les malades, il explique : « J'ai demandé du pain et on ne m'en a pas donné »; les obs. 18 et 30 : citent des larges extraits du Coran; — *du deuxième groupe* — dans obs. 10 et 43 : le calme est interrompu parfois par des crises d'agitation; obs. 14 : des rires immotivés; obs. 17 et 65 : évasions du service : « J'ai sauté le mur et je suis allé à pied jusqu'à la base militaire, là on m'a donné des vêtements et on m'a aidé à aller à Casablanca ». « J'ai travaillé, j'ai fait des vagabondages et la police m'a arrêté ». 14 des autres 26 malades se manifestent par un aspect psychomoteur inchangé. Restent encore 12 malades. 7 d'entre eux appartiennent au groupe sommaire avec leur anxiété, ralentissement, stéréotypies; et les derniers 5 malades, avec repliement, mutisme, gestes bizarres.

b) *Comportement.* — Il s'associe étroitement à l'état psychomoteur et présente presque les mêmes caractéristiques. Les éléments prédominants en sont : excitation, agressivité, disputes, bagarres, violences, impulsivité, menaces, coups et blessures, vagabondages, c'asticité, troubles de l'humeur et du caractère, attaques des passants, exhibitionisme, obtusition.

Certains malades gardaient les mêmes aspects de leur comportement aussi dans le service hospitalier. Fugues, violence, impulsivité sont décrits aussi par A. POROT (1943) parmi les épileptiques algériens. Citons deux exemples : obs. 65 : bouffée excito-confusionnelle avec des éléments de revendication, fond mental épileptoïde évident, très agressif et dangereux pour son entourage; obs. 63 : défaillance intellectuelle, cours de pensée très vague, évident désordre, démence épileptique, exhibitionisme et confusion mentale chronique, crises épileptiques du type « grand mal ».

c) *Orientation temporo-spatiale.* — Fait étonnant — elle est intacte seulement chez 18 malades. Chez les autres, elle est tantôt insuffisante (15 malades), tantôt absente (27 malades complètement désorientés), ou bien dissociés : désorientation temporelle associée à l'orientation dans l'espace (6 malades), et inversement (2 malades).

Quelle en est la signification ? Est-ce une conséquence de la maladie même entraînant une détérioration profonde de la personnalité, ou bien est-ce un reflet des conditions imparfaites de la vie ?

d) *Conscience de la maladie.* — Il est bien important de savoir comment le sujet raisonne sur sa propre maladie, mais 19 malades n'ont donné aucune réponse à cette question. 21 se sentaient sains et « ignoraient » la raison de leur internement; obs. 26 raconte : « Je faisais ma prière dans la mosquée; un enfant a commencé à jeter des cailloux sur moi. J'ai frappé cet enfant. Son père a déposé une plainte au khalifa. Il a envoyé la police pour m'arrêter, j'ai passé là une nuit et après je fus envoyé à l'hôpital. Il n'y avait pas de raison pour cela ». D'autres (obs. 62) acceptent l'intervention des forces magiques : « J'avais un congé de 6 jours, j'ai fait connaissance avec une femme, et je la fréquentais. Après, quand je suis allé au champ militaire, j'ai commencé à vomir. Je pensais que j'étais empoisonné par cette femme et je suis allé la voir dans la ville. Alors on m'a arrêté et amené à l'hôpital. J'aime toujours cette jeune femme, pour laquelle j'ai abandonné mon travail. Et je n'ai pas de crises épileptiques. Les militaires m'insultaient d'avoir épouser une prostituée ». La croyance aux « ensorcellements », aux mauvais esprits, aux « djennouns », dont le malade se croit possédé ou poursuivi existe encore au sein du milieu nord-africain (A. POROT et D. C. ARII, 1932). Bien sûr l'invasion de la civilisation moderne (S. AMMAR, 1964; H. COLLOMB, 1967) entraîne des changements, qui se font sentir aussi dans le tableau des maladies mentales

Un grand nombre de malades (18) avouent avoir une maladie purement physique : maux de tête, fatigue générale, douleurs aux membres, etc., mais non une épilepsie. Obs. 55 dit, qu'il « change ». Obs. 50 raconte : « J'entends des cris dans ma tête. Il y a du sang qui est monté jusqu'à la tête. Ce sont les nerfs de la tête, qui palpitaient ».

Finalement seuls 10 malades ont pleine conscience de la nature de leur affection. Mais, même dans ce groupe nous rencontrons des représentations magiques (obs. 56) : « J'ai contracté cette

maladie par une femme, qui m'a donné quelque chose à manger pour m'ensorceler. Les femmes sont méchantes ». D'autres malades trouvent une explication plus simple (obs. 12) : « Ma belle-mère ne m'aime pas, elle me frappe, elle me chasse et je deviens nerveux ».

Les explications de certains malades par des motifs religieux méritent une attention particulière. Obs. 67, raconte : Je suis devenu dévot et je suis estimé par le Bon Dieu. Je suis ses ordres. Je suis presque un prophète. Tout le peuple du Maroc dit que je suis prophète, je l'entends. Je suis roi aussi. Le premier pays qui m'a reconnu était la France. J'entends une voix, qui annonce que je suis roi... Ici, j'attends... » Sur l'aspect religieux-mégalomaniac de certaines psychoses parmi les Nord-africains insiste aussi F. PISZTORA (1968).

e) *Idées délirantes.* — La formation des délires n'est pas très fréquente chez nos malades. La cause en est d'une part l'évolution avancée de l'épilepsie, qui a appauvri les manifestations morbides d'ordre psychique et d'autre part, certaines particularités locales. Bien que rares, les idées délirantes sont axées autour de l'expérience paranoïde, ce qui est caractéristique peut-être pour les délires en Afrique du Nord. La fréquence des idées de persécution est soulignée d'ailleurs par nombreux auteurs, parmi lesquels P. DIOP et H. COLLOMB (1965). D'autres (M. F. ISRAEL, 1956) insistent sur les attitudes revendicatrices.

Parmi nos malades nous avons rencontré des attitudes paranoïdes envers : la mère (obs. 52), la tante (obs. 53), les frères (obs. 57), les femmes des frères (obs. 59, 61), « beaucoup d'ennemis qui se trouvent au bled » (obs. 40). Obs. 36 croit qu'il est « ensorcelé » par sa femme. De la même façon obs. 56 allègue, que « sa voisine lui a donné du poison ».

L'unité de ce cadre paranoïde d'ailleurs assez pauvre et monotone, est rompue par le fait de l'obs. 67, qui présente des idées délirantes de grandeur, le rapprochant des tableaux maniaques.

f) *Troubles de la perception - hallucinations.* — Les manifestations des épileptiques ne sont pas plus riches dans ce domaine. Le plus souvent ce sont des hallucinations visuelles, dont le contenu n'a pas la somptuosité ni la richesse des images qu'on retrouve dans la société européenne. Obs. 57 voit « des diables, qui ressemblent à des bêtes »; obs. 62, « image sur le mur ». L'association des hallucinations

visuelles et auditives est aussi à remarquer : obs. 26 voit et entend ses voisins; obs. 29 et 34, « des diables »; obs. 35 dit : « Quand je dors je vois des gens, qui me parlent, en me disant qu'ils me donneront de l'argent. Je lui réponds que c'est le Bon Dieu qui sait ça ». Trois de nos malades présentent uniquement des hallucinations auditives, mais d'un contenu assez élémentaire : des bruits (obs. 50, 67), la voix d'un fquih (obs. 68).

En conclusion, la production psychotique (idées délirantes, hallucinations) est assez pauvre et monotone. Dans ce domaine les épileptiques diffèrent bien des psychotiques relevant de l'intoxication canabique par exemple, qui se présentaient dans nos recherches (1965a, 1965b) avec une richesse somptueuse, purement « orientale ».

g) *Niveau d'intelligence*. — Il était examiné chez 48 malades. En voici les résultats : bonne intelligence, 6 personnes; moyenne, médiocre intelligence, 8 personnes; faible, basse intelligence, 23 personnes; débilité mentale, 11 personnes. Evidemment le niveau d'intelligence est bien affecté par la maladie. Nous pourrons interpréter ce fait dans le cadre de nos réflexions générales sur la nature nosologique, diagnostique et sémiologique de la maladie. Sans doute prouve-t-il incontestablement l'existence, ou au moins les mécanismes pathogéniques de la démence épileptique — un ingrédient de la détérioration globale de la personnalité.

h) *Pragmatisme*. — Nos impressions dans ce sens concernent 40 malades. Parmi eux une attitude normale, saine envers le travail (en l'occurrence dans les services de l'hôpital) montrèrent seulement 7 personnes, les autres ayant présenté un intérêt léger (8 personnes), ou bien sombrant dans un apragmatisme total (25 personnes). Evidemment la déchéance psychique et physique se manifeste ici d'une façon éloquente.

ASPECTS SOMATIQUES

Notre but n'étant pas de les étudier d'une manière globale, notre attention était attirée par quelques-uns d'entre eux. Dans le tableau de la déchéance physique se détachent 2 cas : l'un associe à une tuberculose pulmonaire, et l'autre souffrant d'hémorroïdes.

La tension artérielle est généralement assez basse — à partir de 9/5 jusqu'à 12/7, et rarement au-dessus de ces valeurs. Quelle en serait l'explication ? Peut-être l'abaissement de la tension arté-

rielle n'est qu'un élément de la dégradation globale des malades.

Les réflexes tendineux sont normaux chez 19 malades, exagérés chez 27 et diminués chez 20. Ce fait ne peut pas être interprété dans sa totalité, il exige une étude individuelle pour chaque cas. Pourtant sa signification ne paraît pas grande.

Parmi *les autres signes* nous avons noté : chez 2 malades, des cicatrices sur le visage et le crâne, résultat des situations dangereuses causées par l'épilepsie. 7 autres malades présentaient un des signes suivants : nystagmus-ataxie, myopie excessive, plaies sur les jambes, contracture et atrophie de la main, cécité, leucome, tremblement des mains.

Sous cette rubrique nous pouvons exposer les affections les plus fréquentes s'associant à l'épilepsie : *cannabisisme* (7 cas), *alcoolisme* (3 cas, certains d'entre eux associés au cannabisisme aussi), *syphilis* (5 cas, dont les réactions sérologiques étaient positives). Il faut noter encore 9 cas qui ont annoncé avoir contracté autrefois la syphilis, mais dont les données de laboratoire étaient négatives. Il est bien difficile d'analyser le rôle du cannabisisme, de l'alcoolisme et de la syphilis, dans la pathogénie de l'épilepsie. Nous sommes persuadés pourtant que ce rôle, loin d'être étiologique, implique plutôt des mécanismes pathogénétiques, en accentuant et aggravant la maladie de base.

LE TABLEAU ELECTROENCEPHALOGRAPHIQUE (1)

Nous avons procédé à un examen électroencéphalographique chez 22 malades. Trois d'entre eux n'ont pas révélé des éléments pathologiques dans leurs tracés. Les autres 19 électroencéphalogrammes montraient des perturbations différentes, que nous avons reparties dans 5 groupes suivant leur degré :

I^{er} groupe : Tracé très perturbé; associant une dysrythmie lente diffuse à des signes irritatifs d'origine sous corticale — obs. 6, 9, 28, 33, 34, 50, 55, 58.

II^e groupe : Altération des structures diencéphaliques — obs. 22, 25, 45, 54.

(1) Nos malades étaient examinés dans le service électroencéphalographique de l'Hôpital Averroës à Casablanca. Nous remercions le Dr J. LEBASCLE d'avoir interprété les tracés.

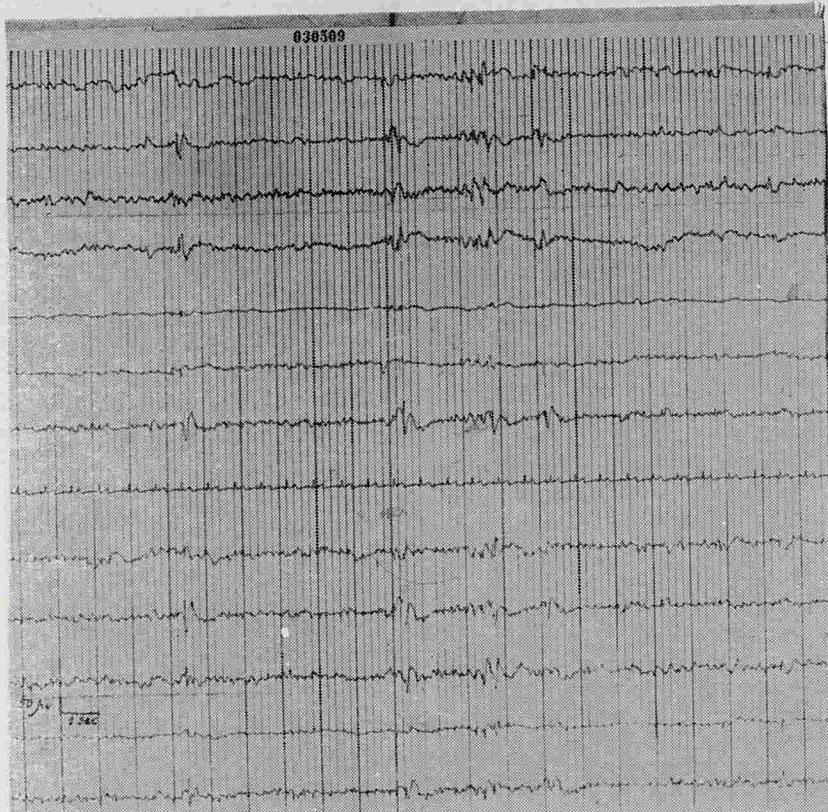


FIG. I

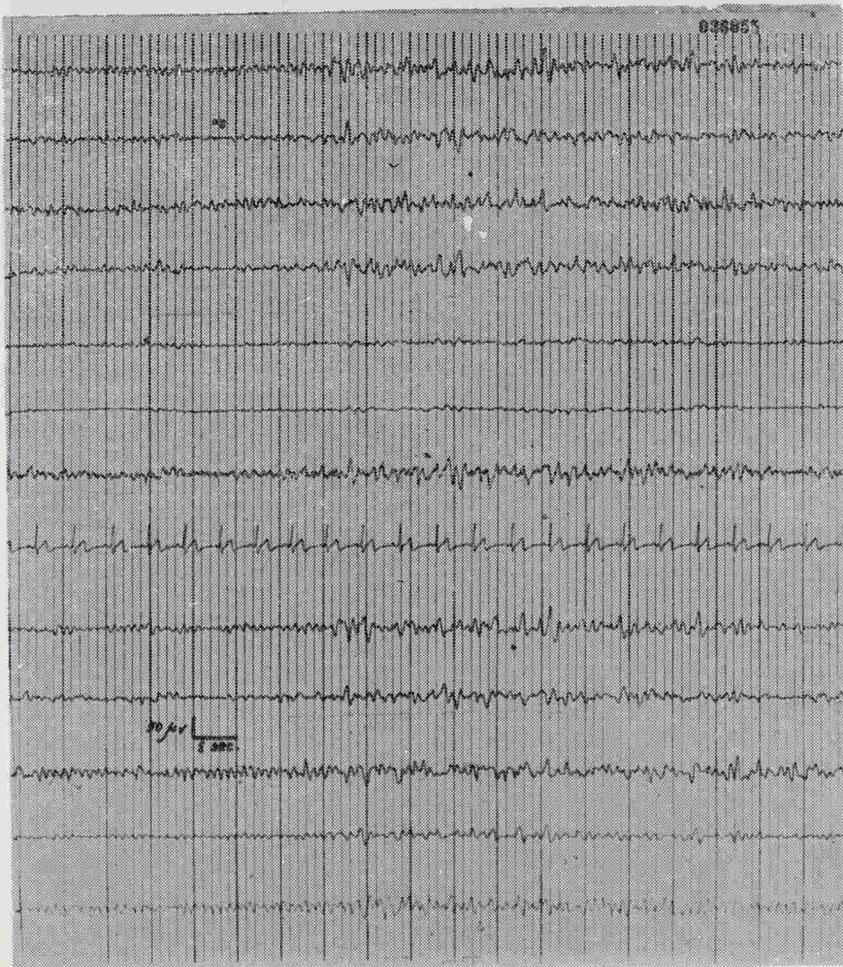


FIG. II

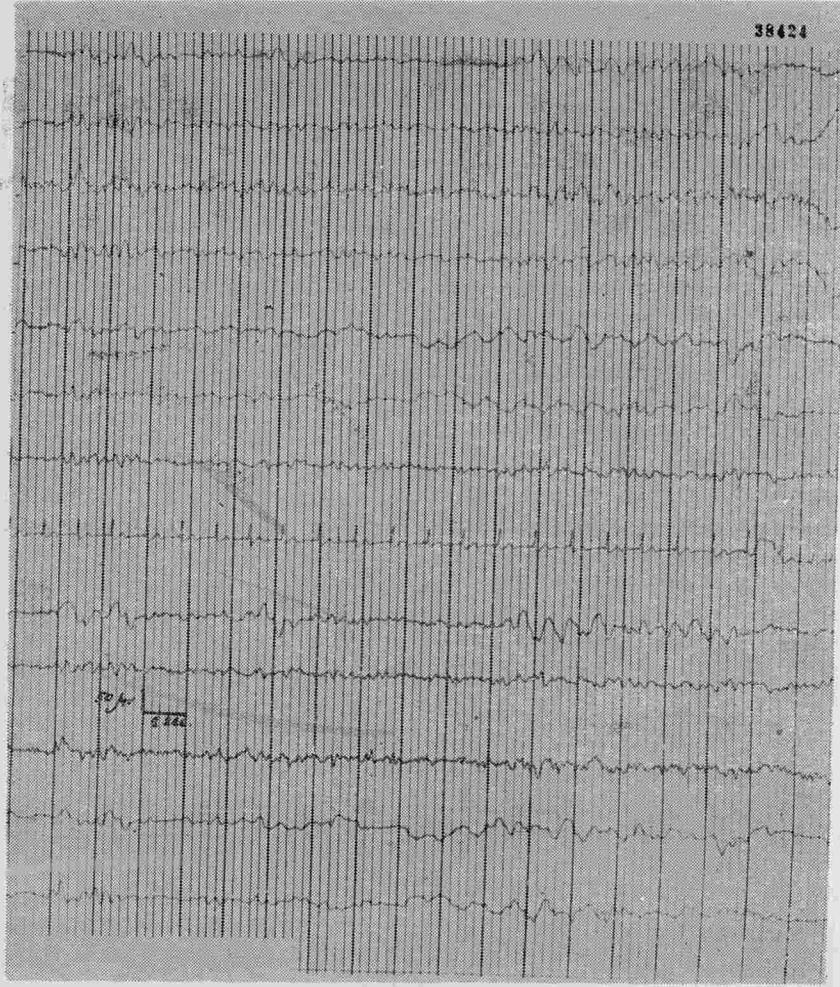


FIG. III

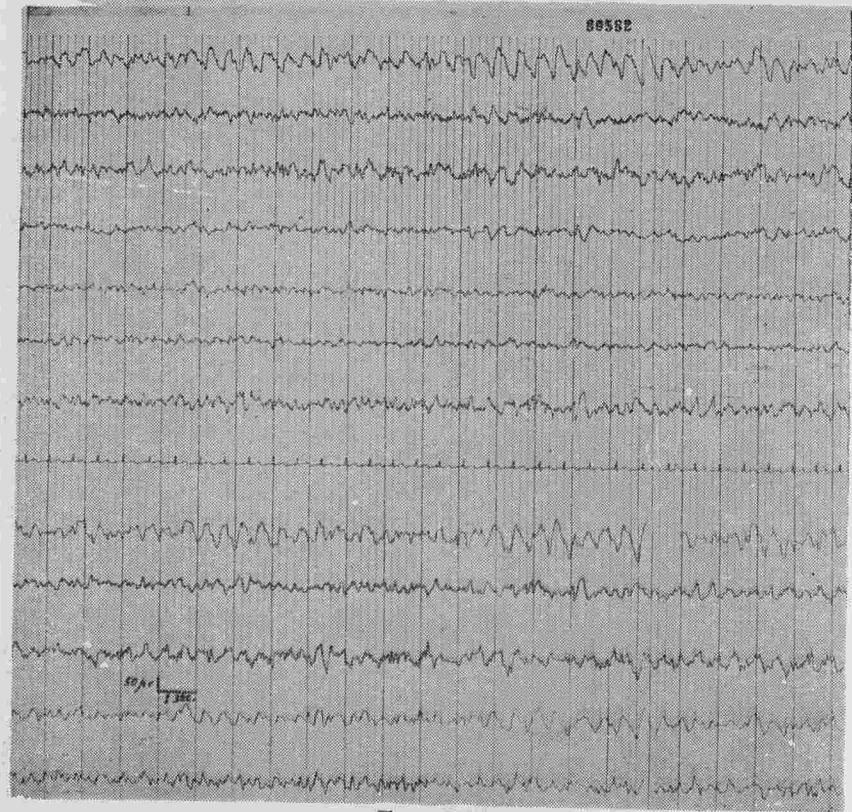


FIG. IV

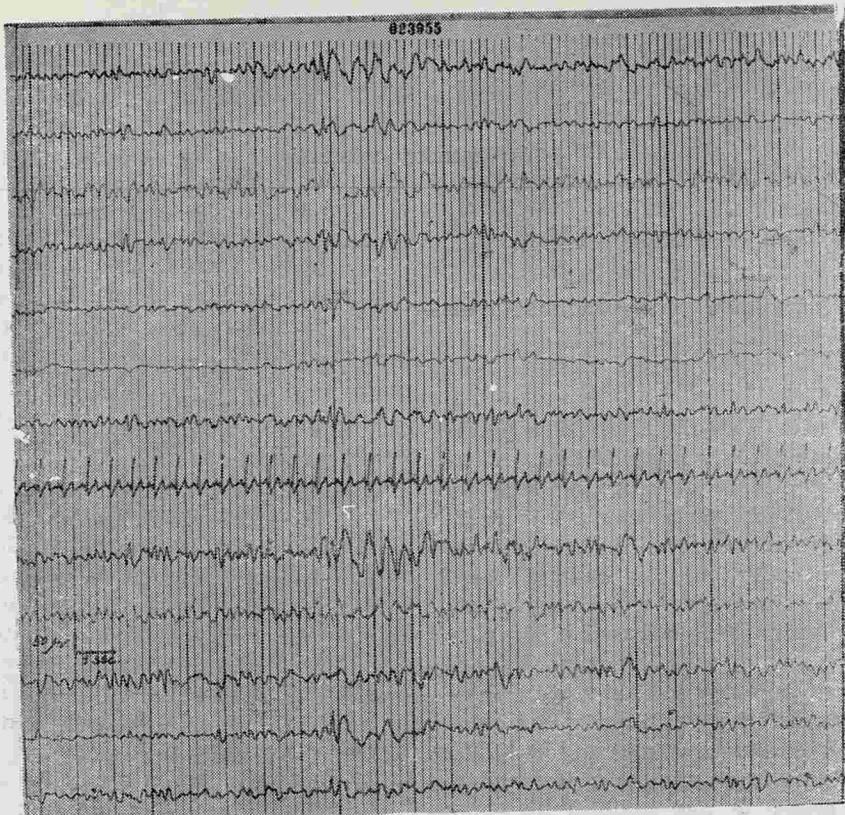


FIG. V

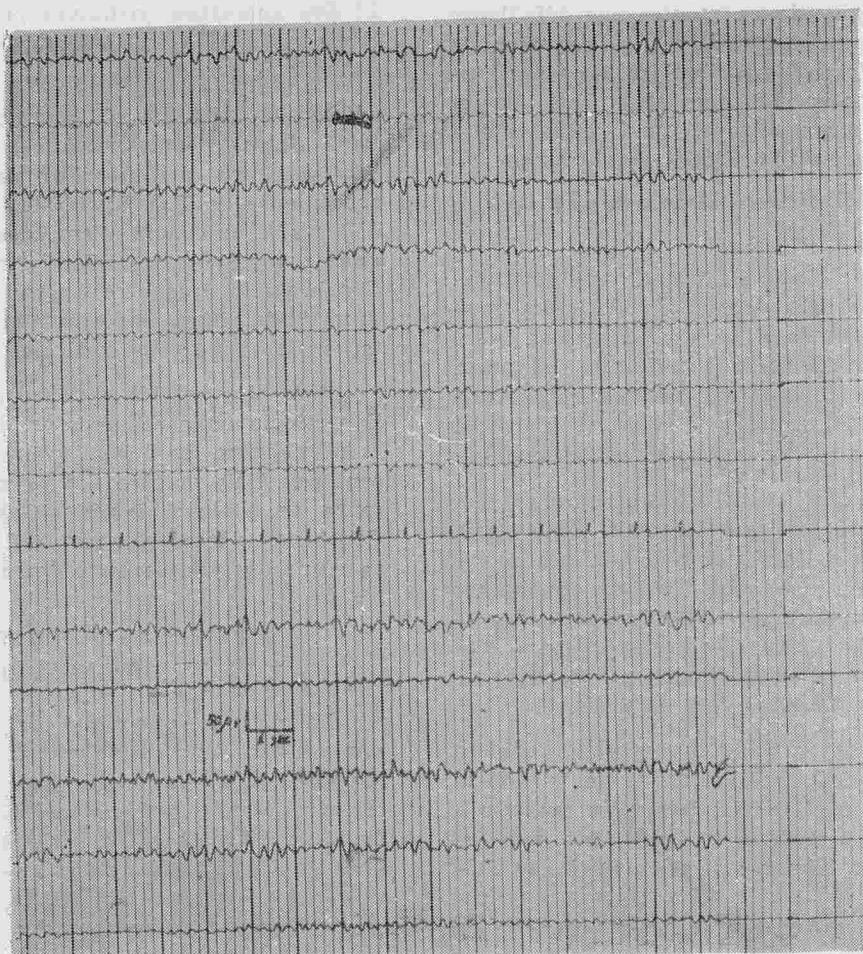


FIG. VI

III^e groupe : Dysrythmie lente diffuse, présence de théta — obs. 29, 44, 55, 59, 66.

IV^e groupe : Dysrythmie plus accentuée dans les régions fronto-centrales — obs. 63.

V^e groupe : Asymétrie — obs. 18.

Il est bien difficile d'esquisser certains parallèles clinico-électroencéphalographiques. Et pourtant quelques corrélations s'ébauchent. Les malades du premier groupe présentent sur le fond d'une détérioration de la personnalité des accès d'excitation psycho-motrice, des confusions, du comportement confuso-maniaque, bref des accès psychotiques, entraînant des perturbations de la conscience. Les malades du deuxième groupe comportent dans leurs tableaux cliniques toujours des troubles de l'humeur et du caractère, associés à une instabilité émotionnelle. L'état morbide des malades du troisième groupe est formé d'une façon assez simple et associé des grandes crises à des troubles du comportement : excitation, violences. Le seul représentant du quatrième groupe, obs. 63, sauf les crises convulsives épileptiques, montre une défaillance intellectuelle : démence épileptique, celle-ci étant la conséquence de l'atrophie cérébrale révélée par l'investigation électroencéphalographique. Le dernier malade présente une hémiparésie, à la suite probablement d'une encéphalite d'étiologie inconnue.

Voici quelques tracés caractéristiques de nos malades :

Fig. I (obs. 9) : Tracé de repos. Dysrythmie diffuse théta. Nombreuses décharges bilatérales synchrones et survoltées de P.O. et Polypointes ondes rythmiques non modifiées à l'ouverture des yeux. Hyperpnée : r.a.s. Stimulation lumineuse intermittente (S.L.I.) : r.a.s. Conclusion : Tracé très perturbé caractéristique d'une comitialité sous corticale à forme myoclonique.

Fig. II (obs. 28) : Tracé de repos. Dysrythmie lente diffuse théta delta. Amplitude modérée et symétrique dans les deux hémisphères. Décharges de P.O. dégradées, bilatérales et rythmiques. Hyperpnée : r.a.s. S.L.I. : r.a.s. Conclusion : Tracé très perturbé montrant une dysrythmie lente diffuse + éléments irritatifs d'origine sous corticale.

Fig. III (obs. 34) : Tracé de repos. Rythme de base occipital (R.B.O.) : Dysrythmie lente diffuse théta delta associant à des lambeaux de rythmes à 8-9 c/s d'amplitude modérée et symétrique dans les 2 hémisphères, des éléments plus lents théta et del-

ta plus amples réagissant assez bien à l'ouverture des yeux. Bouffées diffuses bilatérales et synchrones d'ondes théta monomorphes et survoltées à 4 c/s au niveau des régions controtemporales du scalp, prenant parfois un aspect delta dans les régions frontales. Hyperpnée et S.L.I. : r.a.s. Conclusion : Tracé très perturbé associant une dysrythmie lente diffuse à des signes de souffrance cérébrale d'origine sous corticale.

Fig. IV (obs. 55) : Tracé de repos. R.B.O. : dysrythmie lente diffuse théta delta caractérisée par : 1^o Une intrication de fréquences théta et delta au niveau des régions centrales temporales et occipitales du scalp. 2^o Une activité delta polymorphe et survoltée à 1,2-2 c/s entrecoupée de rares éléments théta au niveau des régions frontales. Mauvaise réaction d'arrêt visuel. Hyperpnée : fait apparaître en fin d'épreuve une décharge bilatérale de P.O. dégradées et survoltées à maximum d'amplitude bifrontale. Conclusion : tracé très perturbé montrant : 1^o Une dysrythmie lente diffuse plus marquée au niveau des régions frontales du scalp. 2^o Des anomalies irritatives provenant des formations grises de la base. (Comitialité de type centren-céphalique probable).

Fig. V (obs. 25) : Tracé de repos. Dysrythmie lente diffuse théta à 4-5 c/s d'amplitude élevée réagissant mal à l'ouverture des yeux. Décharges sporadiques de P.O. bilatérales et des ondes delta à 2 c/s à maximum d'amplitude frontale. Hyperpnée : augmente les ralentissements. S.L.I. : r.a.s. Conclusion : tracé très perturbé. Présence d'une dysrythmie diffuse importante et des anomalies irritatives d'origine sous corticale.

Fig. VI (obs. 56) : Tracé de repos. R.B.O. : Dysrythmie lente diffuse d'amplitude élevée et symétrique dans les 2 hémisphères à 3-4 c/s réagissant peu à l'ouverture des yeux. Hyperpnée : présence de quelques bouffées légèrement survoltées. Conclusion : tracé très perturbé montrant l'existence d'une dysrythmie lente importante.

PROBLEMES SEMEIOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES

La nature épileptique de nos malades étant prouvée, il nous reste de voir la personnalité de ces malades et de révéler à la base d'un critère évolutif une certaine systématisation. Au cours de leur évolution 10 malades ont eu des accès psychotiques — il s'agit des tableaux confuso-excitateurs associés



51, Av. Charles NICOLLE
El-Menzah
TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

BRONCHOTUSSYL SIROP

ANTISEPTIQUE BRONCHO-PULMONAIRE
EXPECTORANT - SEDATIF DE LA TOUX

INDICATIONS

Bronchites aiguës et chroniques
Grippes - Catarrhes - Asthme - Toux

PRESENTATIONS

Bronchotussyl Enfants

Flacon de 125 ml.

Bronchotussyl Adultes

Flacon de 200 ml.

FORMULE

Codeïne
Soluté de Bromoforme
Teinture d'Aconit
Eau de Laurier Cerise
Sirop de Desessartz



51, Av Charles NICOLLE

El-Menzah

TUNIS

Pharmacie Centrale de Tunisie

TRI-B

Vitaminés B₁, B₆, B₁₂,

Flacon de 30 comprimés laqués

Indications :

ALGIES à composante

- neurologique : névrites, polynévrites
- neuromusculaire : lombalgies, sciatalgies
- rhumatismale : arthrites, périarthrites, arthroses, synovites

ALCOOLISME aigu ou chronique

- dans ses manifestations neurologiques ou psychiques

ASTHENIES

- de la convalescence
- du surmenage intellectuel ou physique
- des régimes restrictifs
- de l'antibiothérapie
- du vieillard

parfois à des brutalités et à des violences. Un peu plus élevé est le nombre (15) des malades ayant présenté des troubles du comportement simples — sans états psychotiques au terme strict du mot. La nature de ces troubles était déjà discutée. Mais ce qui est le plus impressionnant, c'est le plus grand nombre — 42, c'est-à-dire les deux tiers — des malades chez lesquels la maladie a entraîné une détérioration spécifique de la personnalité, comprenant un abaissement des facultés intellectuelles, un désintérêt, une exagération de la vie instinctuelle, des comportements d'agressivité et des violences, une perte des valeurs morales d'ordre supérieur. Ce sont des personnalités dévastées par la maladie, dénuées des bénéfices de la civilisation, sujettes à des impulsions basses et non-motivées. Comme nous l'avons dit, un seul malade présentait les signes de la maladie d'Unverricht : l'épilepsie myoclonique.

Il est impossible de tirer des conclusions générales en utilisant notre matériel. Les critères de l'admission à l'hôpital nous ont fourni surtout des malades chroniques, d'une évolution bien poussée vers la déchéance physique et morale.

TRAITEMENT ET ISSUE

Le traitement médicamenteux était administré aux différents malades suivant la gravité et la forme de la maladie, suivant le syndrome psychotique. Nous avons utilisé surtout le Gardénal, puis les hydantoïnes : Sédantoïnal, Solantyl, associés aux Phénergan, Neuleptil, Largactil, Tementil. Certains malades syphilitiques avaient reçu PAM et Bivatol. Esquisser une corrélation entre la forme, la nature et la posologie du médicament et son influence sur la maladie s'avère très difficile, voire impossible. C'est pourquoi nous allons exposer l'évolution et l'issue de la maladie suivant l'état des malades au moment de leur sortie de l'hôpital, sans chercher les corrélations précitées.

A l'issue de leur traitement 12 malades ne présentaient pas de changements dans leur tableau clinique — c'étaient les cas sans amélioration. Une légère amélioration était observée chez 16 malades — surtout dans le domaine du comportement et des crises épileptiques. 19 malades étaient améliorés à un plus haut degré — avec cessation des manifestations épileptiques de toutes sortes et surtout des crises, avec « resocialisation » de leur comportement. Peut-être un certain nombre d'entre eux étaient guéris, mais c'est uniquement la connaissance de l'évolution morbide, qui pourrait le prouver.

5 malades épileptiques sont décédés lors de leur séjour à l'hôpital. Bien que cela représente un pourcentage assez élevé du nombre total des épileptiques, la cause immédiate de la fin tragique n'était pas l'épilepsie elle-même, mais différentes complications : œdème cérébral, cachexie, dysenterie, crise abdominale suivie d'une intervention chirurgicale. Le grand nombre des décès peut être expliqué encore par le fait que les malades admis étaient habituellement chroniques, présentant différents degrés de détérioration de la personnalité (démence épileptique, etc...).

CONCLUSIONS

L'étude portant sur 68 malades épileptiques marocains pendant les années 1963-1966 nous amène aux conclusions suivantes :

- La morbidité épileptique est assez élevée au sein de la société nord-africaine. Elle concerne surtout l'âge mûr de 20 à 40 ans.
- Prédominent les crises épileptiques du type « grand mal ». Les autres manifestations épileptiques d'ordre neurologique sont assez rares. Dans notre matériel nous notons un cas d'épilepsie myoclonique (type Unverricht).
- L'état psychique actuel de nos malades s'extériorise d'une manière assez différente. Dans le domaine du comportement prédominaient les phénomènes d'agitation, associés parfois à l'aggression, et aux violences. D'autres malades au contraire, étaient repliés sur eux-mêmes, sans initiative. Parmi ces deux pôles se situaient certains malades présentant une grande anxiété, des stéréotypies, des gestes bizarres, avec attitudes catatoniques.
- La production psychotique et surtout les idées délirantes et les hallucinations se rencontraient assez rarement et restent d'une diversité assez pauvre. Les idées paranoïdes se détachaient assez nettement, ce qui serait caractéristique d'ailleurs de la psychopathologie nord-africaine.
- Parmi nos malades un grand nombre (presque 2/3) présentaient une détérioration profonde et spécifique de la personnalité — conséquence d'une évolution prolongée de l'épilepsie, insuffisamment traitée.
- Le traitement par des médicaments bien connus a entraîné une amélioration chez les deux tiers des malades. Le degré de cette amélioration est assez difficile à évaluer, faute des critères évolutifs. 5 des malades sont décédés par suite de complications différentes de la maladie de base.

BIBLIOGRAPHIE

- AMMAR S. — Les désordres psychiques dans la société tunisienne. Leur évolution et fréquence en fonction des transformations socio-économiques et culturelles depuis l'indépendance. L'information psychiatrique, oct. 1964, pp. 605-612.
- AUBIN H. — Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les noirs. Ann. méd.-Psychol., janv. 1939, pp. 1-29 et févr. 1939, pp. 181-213.
- AUBIN H. — Psychopathologie des indigènes Nord-Africains. Dans « Manuel alphabétique de psychiatrie », PUF, 1952, p. 217.
- CHRISTOZOV C. — L'aspect marocain de l'intoxication cannabique d'après des études faites dans les conditions d'un hôpital psychiatrique de malades chroniques. Maroc Médical, 483, 1965a, pp. 630-642.
- CHRISTOZOV C. — L'aspect marocain de l'intoxication cannabique d'après des études faites sur des malades mentaux chroniques. Maroc Médical, 486, 1965b, pp. 866-889.
- COLLOMB H. — Les problèmes psychiatriques en Afrique noire. Gazette Médicale de France, 174, 1967, pp. 1723-1732.
- DIOP, MARTINO P. et COLLOMB H. — Signification et valeur de la persécution dans les cultures africaines. Ann. méd.-psychol., 1, 5, 1965, p. 170.
- ISRAEL M.L. — Réflexions au sujet des Nord-Africains hospitalisés à la clinique psychiatrique de Strasbourg. Ann. méd.-psychol., 1, 5, 1956, p. 878.
- PISZTORA F. — Über die krankheitsbestimmende Rolle des kulturellen Milieus-dargestellt anhang einiger in Nord-Afrika studierter physischer Psychosen. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie, 20, 8, 1968, S. 296-302.
- POROT A. — L'œuvre psychiatrique de la France aux colonies depuis un siècle. Ann. méd.-psycholog., 1, 1-2, 1943, pp. 356-378.
- POROT A. et ARII D.C. — L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. Ses facteurs. Ann. méd.-psycholog., déc. 1932, pp. 588-611.
- SUTTER. — L'épilepsie mentale chez l'indigène Nord-Africain, Thèse d'Alger, 1937. Citée par A. POROT. 1943.

LA FORMULE LA PLUS COMPLETE

Hépagrume

L'ÉQUILIBRE BIologIQUE S.A.
B.P. 172 • 45 - MONTARGIS, FRANCE

- inappétence, dyspepsie, état saburral
- hépatites, icères, cirrhoses
- dyskinésies biliaires, constipation

arginine : 0,12 g - bétaine base : 0,35 g - citrate de choline : 0,60 g -
inositol : 0,25 g - sorbitol : 3 g - excipient aromatisé (mandarine, citron) q.s. pour une ampoule de 10 ml. visa NL 398

1 à 3 ampoules par jour, dans un peu d'eau
boîte de 18 ampoules buvables • prix : 15,90 f • remb. 5,50



Rhéomacrodex

active la circulation capillaire
disperse les agrégats de globules rouges

Dextrane de faible poids moléculaire (40.000)	100 g
Sorbitol	50 g
Eau distillée q.s.p.....	1000 ml

INDICATIONS

en chirurgie

traitement préventif et curatif des thromboses
brûlures, écrasements et embolies graisseuses
chocs hémorragiques (en association avec le sang)
péritonites, pancréatites, iléus
greffes vasculaires, chirurgie à cœur ouvert, chirurgie en hypothermie

en médecine

maladie thrombo-embolique
ischémie artérielle périphérique

en radiologie vasculaire

avant les explorations angiographiques

hypocoagulabilité spontanée accusée
surcharge vasculaire
insuffisances rénales

CONTRE-INDICATIONS

MODE D'EMPLOI - POSOLOGIE

Perfusion i.v. uniquement - 500 ml par jour chez l'adulte pendant 3 à 10 jours selon les indications; ne pas perfuser plus de 200 ml à l'heure; chez les choqués, 1 à 3 flacons de 500 ml
Le Rhéomacrodex ne dispense pas de la rééquilibration hydro-électrolytique.

PRÉSENTATIONS - PRIX

Flacons de 500 et 250 ml

Prix Public Classes 65 et 34 - Remb. S.S. 90%

Prix Hôpitaux : 33 et 17 - Liste Probatoire référence Avril 1965/13

Voir conditions spéciales de vente sur notre tarif Hôpitaux

Hébucol

Cyclobutyrol sodique

Logeais

le starter du foie

*insuffisances hépato-biliaires
allergies - migraines
hépatites aigues
et convalescences d'ictères*

préscription

dosologie

injectable
comprimés
granulé infantile
S.S. COLL. P. cl. 6

1 amp. I.M. ou I.V.
2 à 4 par jour aux repas
1 à 4 cuillerées à café
par jour aux repas



LABORATOIRES JACQUES LOGEAI'S - ESSY-LES-MOULINNAUX - 91140

Chondro-calcinose articulaire diffuse familiale

par N. HADDAD, M.T. REBAI-COLIN, B. POTANCOK et A. LOUERTANI

La chondro-calcinose articulaire diffuse familiale (C.C.A.D.) doit son nom à la présence d'une précipitation calcique dans un grand nombre de jointures et elle tient donc son unité d'un phénomène métabolique que seule révèle la radiologie et qui lui donne son originalité; sous cette dénomination, ne se dissimule aucune morphologie clinique spécifique immuable, la maladie pouvant d'ailleurs être associée à une autre affection. En outre, il existe souvent un caractère familial. Ces quatre caractères sur lesquels nous reviendrons, sont présents dans les deux observations qui ont motivé ce travail et qui concernent deux cousins.

OBSERVATION 1 :

M. Amara G..., est âgé de 55 ans; depuis 1961, il a effectué trois séjours dans notre service pour des douleurs articulaires ayant débuté aux articulations scapulo-humérales, s'étant étendues aux genoux, aux hanches, puis aux petites articulations telles que les métacarpo-phalangiennes. Sur un fond douloureux permanent, surviennent des crises de poly-arthralgies fébriles avec chaleur locale, sans fluxion.

Dans les antécédents familiaux, il signale que son père était asthmatique et qu'il a un cousin germain « rhumatisant ».

A l'âge de 20 ans, le patient serait resté impotent durant une semaine, après une course de 12 km.

A l'examen : état général médiocre, atrophie musculaire généralisée prédominant sur les quadri-eps. Il n'existe aucune anomalie cardio-vasculaire, pulmonaire, digestive ou uro-génitale et l'examen neurologique est normal.

Les articulations :

- Hanches : pratiquement bloquées.
- Genoux : gauche : flexion limitée à 45°, adduction limitée à 30°, abduction nulle;

droit : flexion limitée à 45°, adduction limitée à 25°, abduction nulle.

- Rotations interne et externe : limitées des deux côtés, mais douloureuses du seul côté droit.

Ainsi, les lésions paraissent-elles prédominer aux ceintures et aux grosses articulations et expliquer l'impuissance du patient qui se meut à grande peine, s'aidant d'un gros bâton ou plutôt pesant sur lui pour des pas incertains, lents et glissants.

L'examen radiologique va montrer l'étendue des lésions :

1. Symphyse pubienne : densification des faces articulaires par un liseré dense, discontinu, parallèle à ces faces.

Membres supérieurs : l'abduction des bras est limitée à 90° à droite, à 60° à gauche. Aucune élévation à la verticale n'est possible.

2. Sacro-iliaques : à droite, l'interligne paraît gommé sur ses bords et il est comblé par une matière ayant la densité de l'os; à gauche, cette densité est moins marquée.

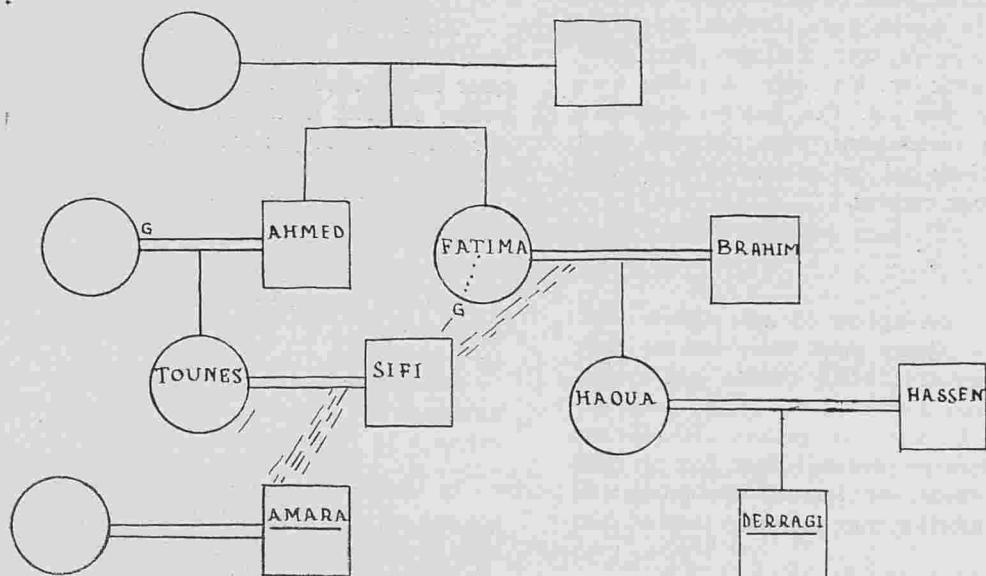
3. Fémoro-iliaques : mêmes éléments cerclant la tête fémorale, mais peu denses. L'ankylose, ici, l'emporte.

4. Rachis : cervical : liserés inter-vertébraux prédominant en C5-C6; lombaire : dépôts cunéiformes occupant la partie externe des disques L2-L3, L3-L4, L4-L5.

5. Epaule gauche : liseré opaque cerclant finement, nettement la tête humérale.

6. Genou droit : concrétions disposées en strates parallèles aux contours osseux.

7. Mains : déformations des phalanges et luxation du pouce.



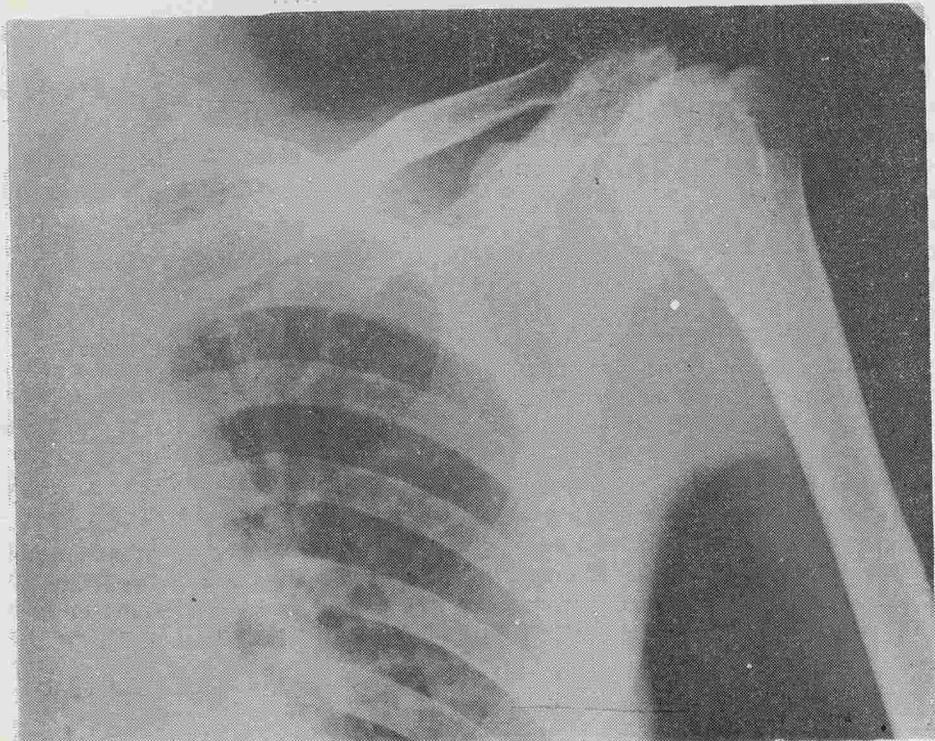
Cercle : Femmes.

Carré : Hommes.

Double trait : mariage entre cousins



AMARA



AMARA

Au point de vue biologique :

— Hémogramme : GR	4.400.000
GB	5.200
P.N.	75 %
L.	22 %
M.	1 %

- V.S. : 80-100.
- Uricémie : 47,6 mg.
- Calcémie : 96 m.
- Calciurie : 234 mg.
- Phosphorémie : 48 mg.
- Phosphatasées : acides : 10 U.P; alcalines : 0,6 U.B.
- Electrophorèse des protéines : normale.

Le traitement par Butazolidine et aspirine a déterminé une sédation notable des douleurs et la disparition quasi complète, étonnante, de l'impuissance fonctionnelle. Le recours à un comprimé d'Indométhacine complète l'amélioration avec la disparition totale des douleurs; les articulations autorisent alors la flexion de la cuisse à 100°; l'abduction des cuisses est meilleure : 10° à droite, 20° à gauche. Parallèlement, la VS passe à 5-18. Le malade prend un aspect prospère avec des pommettes colorées et un teint clair.

OBSERVATION 2 :

M. Derragi G... est le cousin de notre précédent malade. Le début clinique de l'affection remonte aux environs de 1955 : pour la première fois, il ressentit des douleurs aux genoux, sensation de lourdeur survenant toutes les deux à trois semaines, succédant à un effort physique, persistant plusieurs jours et calmée par des applications chaudes; néanmoins, le patient continuait d'exercer son métier d'ouvrier agricole.

En 1964, les douleurs articulaires se sont propagées aux hanches, violentes, quasi permanentes en peu de temps, avec des paroxysmes de type inflammatoire, le malade se voit contraint de garder le lit, d'autant qu'il ne pouvait plus se déplacer sans canne et d'ailleurs sans grande efficacité du fait de l'extrême limitation des divers mouvements des cuisses et des jambes; le 20 mai, sur les conseils de son cousin, encouragé par le bénéfice qu'a retiré celui-ci de son traitement, il

parvient à se faire transporter de Kasserine et à se faire hospitaliser : il est en assez mauvais état général, mais ne présente, sauf l'impuissance, aucune anomalie cliniquement décelable.

L'atteinte articulaire est fortement marquée : dans le decubitus dorsal, l'occiput ne peut reposer sur le plan du lit : il en reste distant de 15 cm.; le membre inférieur est fixé en rotation externe et en semi-flexion; le bord externe du pied repose sur le lit, mais le genou droit reste surélevé en flexion : aussi, le creux poplité est-il à 5 cm. du plan du lit. Il en est de même pour le genou gauche où la distance atteint 12 cm.

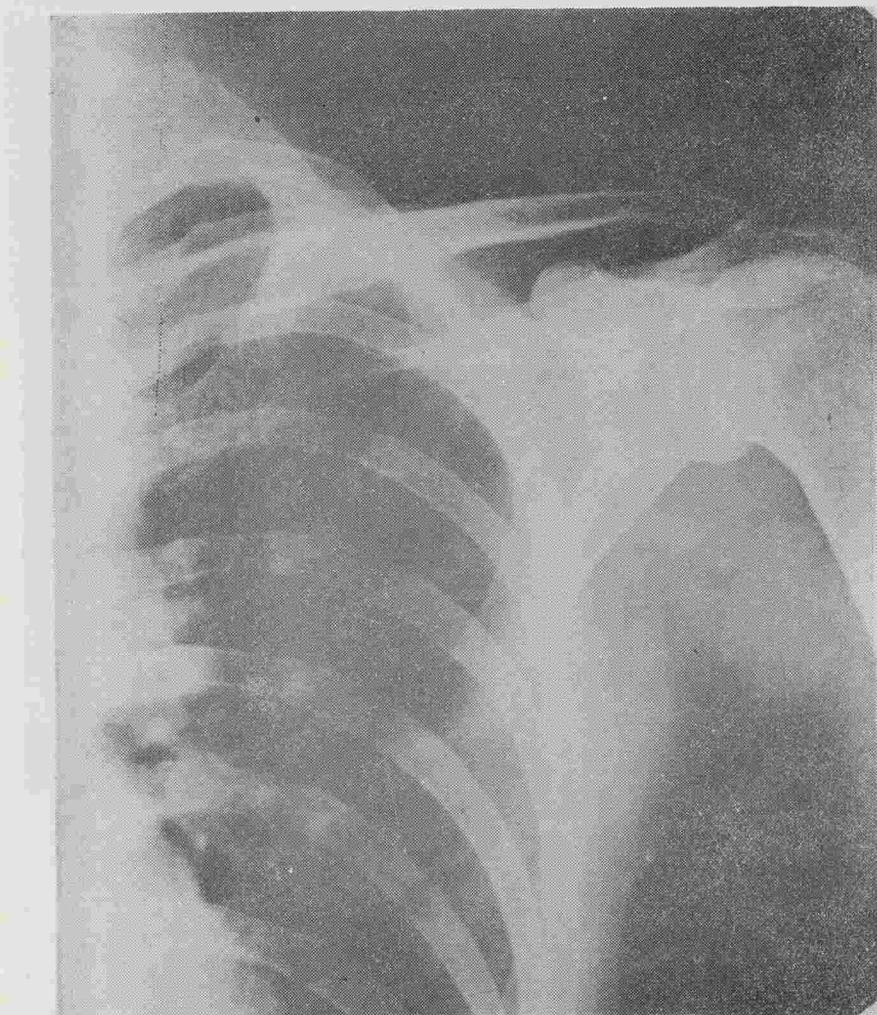
L'extension du bras droit est limitée à 115°, celle du bras gauche à 110°.

Au point de vue biologique :

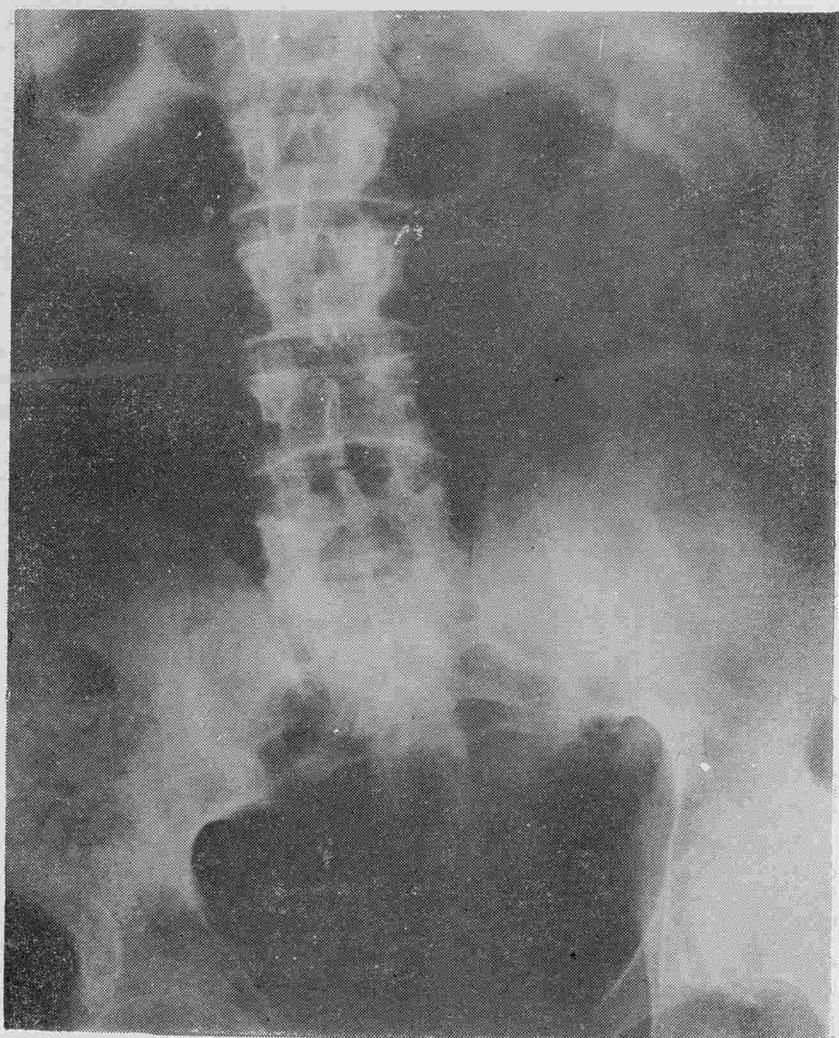
— Hémogramme : GR	4.500.000
GB	7.000
— V.S. : 25-56.	
— Calcémie : 102 mg.	
— Calciurie : 140 mg.	
— P. sanguin : 84 mg.	
— P. urinaire : 1.025 mg.	
— Waaler-Rose : 1/16, macroscopique; 1/32, microscopique.	
— Cellules de Hargreaves : recherche négative.	

Etude radiologique :

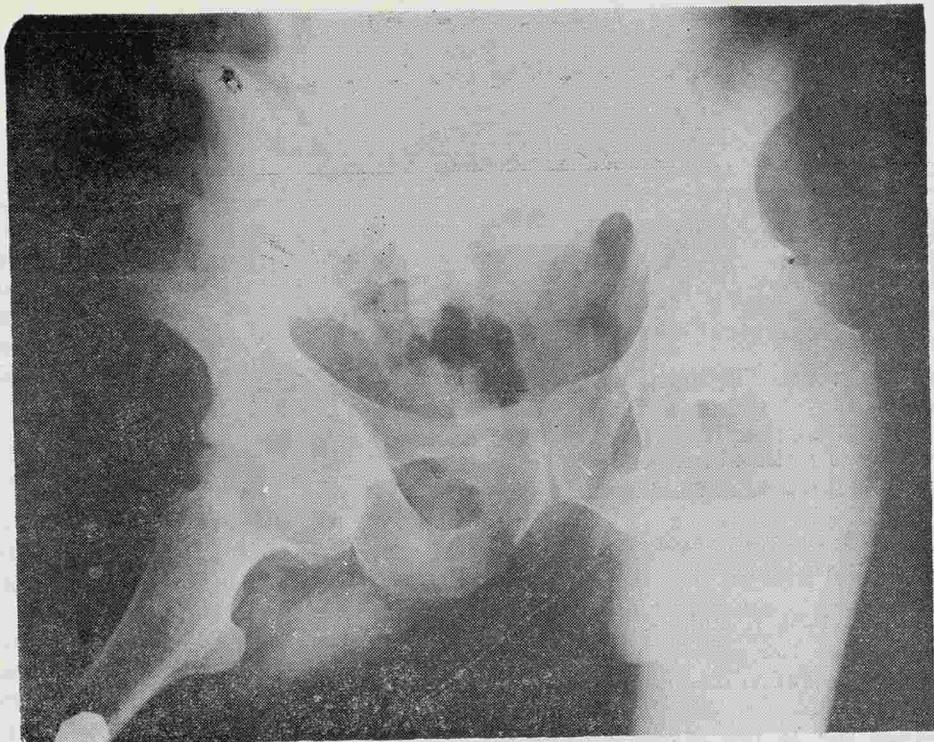
1. Bassin disloqué éversé vers la gauche, avec une angulation de 20° environ.
2. Au niveau de la symphyse pubienne, les faces sont dentelées et communiquent par de petits ponts opaques.
3. Sacro-iliaques : lésions de type franchement P. Sp. A.
4. Coxo-fémorale : à gauche, sur le toit, présence d'ostéophytes et juxtaposition de zones très denses et de zones lacunaires; la tête fémorale présente les mêmes caractères; à droite, images spécifiques de chondro-calcinose, arcs opaques concentriques aux contours osseux, situées dans l'interligne, fermeture de l'angle épiphysio-diaphysaire.
5. Rachis : dorsal : dépôt de substance dense dans les espaces inter-vertébraux, particulièrement en D4-D5; lombaire : important dépôt de substance calcique comblant l'espace L3-L4.



DERRAGI



DERRAGI



DERRAGI

6. Epaules : ostéoporose diffuse; altération des contours osseux qui sont irréguliers et dentelés; interposition d'un liseré opaque entre la tête humérale et la surface de la cavité glénoïde.

7. Genou droit : liseré opaque de répartition non homogène.

8. Mains et pieds : dislocation des os du carpe et densification des surfaces articulaires.

Le malade reçut successivement : Prednisone, Indométhacine et Butazolidine.

Quatre mois plus tard, il était nettement amélioré tant du point de vue général que du point de vue fonctionnel. La tension douloureuse ressentie aux genoux et aux cuisses a disparu. Lorsque le malade est étendu sur le dos et en relâchement complet, la tête et le creux poplité reposent sur le plan du lit, du moins à droite, car à gauche, le creux poplité reste distant du plan du lit de 5 cm. Le membre inférieur droit reste bloqué en rotation externe, mais sa mobilisation est meilleure comme pour les autres membres.

**

Ces deux observations ont les points communs suivants :

— Elles concernent des membres d'une même famille ou, si l'on préfère, d'un même groupe tribal; tous deux sont dans la force de l'âge, ayant vieilli avec leur maladie.

— La forme clinique est sensiblement différente de l'un à l'autre malade, mais plus marquée pour la gravité que pour les symptômes ou la localisation; chez l'un d'eux, l'évolution est plus avancée, moins ou peu sensible au traitement : celui-ci est surtout actif sur les poussées douloureuses, moins sur les lésions fixées, mais tous deux ont eu des périodes d'évolution aiguë et des périodes de quiescence au cours d'une longue évolution.

— Le diagnostic n'a pu être posé que grâce aux Rayons X : ainsi, la maladie, en tant que CCAD, est restée longtemps méconnue.

Aucun des patients ne présente de maladie associée.

— Chez les deux malades, les tests spécifiques sont négatifs.

En tous ces points, nos malades s'intègrent dans le groupe de ceux qui ont fait l'objet des publications désormais nombreuses citées dans la littérature médicale. Le deuxième malade est cependant un peu particulier du fait des lésions fixes, irréversibles qu'il présente.

**

La CCAD est connue depuis 1928 grâce à WERWATH et, après lui, BRUSCHOLTZ et ISRAELSKI. Mais ce sont les auteurs tchécoslovaques ZITNAN et SIT'AJ en 1958, avec deux cas, et P. PAUPERT-RAVAULT, à Lyon, en 1959 et 1961, avec 6 cas, qui dessinent la configuration radio-clinique de l'affection. En 1963, puis en 1966, ZITNAN et SIT'AJ insistent plus particulièrement sur son caractère familial. Déjà, en 1962, Mc CARTHY avait défini le précipité par ponction-biopsie de la synoviale : il s'agissait d'un cristal de pyrophosphate déshydraté, obtenu en quantité significative.

Il apparaît alors, peu à peu, que :

1. La CCAD est plus méconnue que rare : ainsi SERRE, de Montpellier, une fois son attention attirée sur elle, en a rencontré 11 cas en trente mois; bien plus, la recherche, *a posteriori*, dans les dossiers de ses malades, lui permit-elle d'en exhumer 15 cas sur une série de 34.

2. Elle s'associe fréquemment à un certain nombre d'affections dont elle peut être le révélateur; ainsi peut-on, désormais, penser à de telles maladies quand on a porté le diagnostic de CCAD, ou, inversement, rechercher les dépôts calciques quand de telles maladies sont connues.

3. En effet, la CCAD peut rester latente au point de vue clinique : RAVAULT, en examinant des parents de malades atteints de CCAD, retrouve chez eux les incrustations calciques alors même qu'ils ne se plaignaient aucunement de leurs jointures.

LES FORMES CLINIQUES :

Outre cette forme latente dont la fréquence est difficile à déterminer, on décrit :

— Des formes douloureuses aiguës de type inflammatoire, ou subaiguës, évoluant en deux à quatre semaines : quatre fois sur cinq pour SERRE; le début est brutal, la douleur est vive, inva-

lidante, sans phénomènes généraux importants, tannais que les articulations sont rouges, tuméfiées, chaudes, avec épanchement du genou fréquent; le caractère fluxionnaire est alors net, évoquant volontiers une crise du type goutteux. Mais, dans d'autres cas, persiste une certaine sensibilité de l'articulation.

Dans cette forme, les genoux sont le plus fréquemment atteints, puis, dans l'ordre, les chevilles, les épaules, les poignets, les hanches et les coudes.

— Des manifestations chroniques qui peuvent succéder à cette phase ou s'installer progressivement : les signes d'inflammation peuvent manquer et le rachis participer à l'invalidité : la maladie prend volontiers l'allure d'un rhumatisme dégénératif avec enraissement et douleurs liées à la fatigue, au mouvement, d'un rhumatisme articulaire à plusieurs foyers.

Ces aspects cliniques ne sont pas toujours aussi tranchés; DE SEZE souligne que chez un même malade, les deux aspects peuvent co-exister au niveau d'articles différents et que certaines formes comportent l'atteinte des petites articulations et simulent la polyarthrite rhumatoïde. Enfin, comme dans nos observations, la CCAD peut s'associer à une atteinte du type polyarthrose.

LA BIOLOGIE :

Si la VS est fréquemment accélérée (40 à la première heure), si l'on peut observer un certain accroissement de la leucocytose, et, parfois un pic des alpha-2-globulines, la réaction de WAALER-ROSE et la recherche des cellules de HARGRAVES sont négatives; le diagnostic est, en fait, basé sur l'existence de micro-cristaux de pyro-phosphate dé-hydraté dans le liquide synovial ou le prélèvement par ponction-biopsie. Ces cristaux sont phagocytés, donc de siège intra-leucocytaire : ils sont parallépipédiques et leur taille est de 2 à 20 microns; ils sont physiquement définis par l'étude cristallographique.

ANATOMO-PATHOLOGIE :

Les lésions anatomiques sont constituées par la réaction des éléments articulaires au contact des cristaux : ceux-ci déterminent une réaction macrophagique avec prolifération et dégénérescence chondrocytaire de la capsule et de la substance fondu-

mentale du cartilage; il en résulte des phénomènes de nécrose dans les plages où s'accumulent les cristaux ou s'y juxtaposent sous forme d'amas de densité variable; les mêmes dépôts alourdissent les fibro-cartilages. Ce sont ces dépôts que révèle l'investigation radiologique.

ASPECTS RADIOLOGIQUES :

— Les dépôts apparaissent sous la forme d'un liseré plus ou moins régulier, quelquefois discontinu, liseré plutôt que trait, opaque et mince, parfois incomplet : ils bordent les cartilages de revêtement, à faible distance de sa périphérie; ils imprègnent de manière variable, fibro-cartilages, ménisques, disques inter-vertébraux, symphyse pubienne et tendons : quadriceps, tendon d'Achille, ligaments, triangulaire du râpe notamment. Il convient de faire une place à part aux calcifications inter-vertébrales particulièrement étudiées par LOUYOT, ne serait-ce que pour les distinguer de l'opacification massive de l'ochronose : il s'agit, en général, d'une bande qui est séparée des pourtours du corps vertébral par une zone claire en forme de bande, elle aussi, et qui respecte le nucleus pulposus; la périphérie des couches lamelleuses du disque peut également être opacifiée et épouser la forme du disque, s'incurver comme lui à son bord vertébral ou bomber s'il est affaissé; en cas d'ostéophytes, cette bande verticale peut être contenue par eux.

— Les articles les mieux dessinés par ces dépôts calciques sont les genoux (9 fois sur 10), le dépôt alourdissant les cartilages de revêtement et les ménisques, puis les hanches, les épaules, la symphyse pubienne, les coudes, le rachis dans ses trois segments, la mise en évidence étant la plus nette au segment lombaire.

— Les autres articulations sont plus rarement le siège des dépôts; néanmoins, la découverte, sur un segment, d'une chondro-calcinose justifie l'exploration des autres articles, en commençant par les genoux, plus fréquemment atteints. En effet, il ne faut pas oublier qu'il existe souvent une discordance entre les signes cliniques et radiologiques, une latence clinique possible d'une calcinose articulaire indubitable au point de vue radiologique.

Qu'elle soit associée parfois à une hémochromatose, ne signifie pas qu'elle lui emprunte ses propres signes : au contraire, c'est elle qui enrichit l'hémochromatose d'une symptomatologie radio-clinique.

nique particulière. Tout au plus a-t-on pu se demander, comme nous le verrons plus loin, si le fer ne favorise pas la précipitation calcique.

— D'autre part, les auteurs sont sensibles au caractère volontiers familial de la maladie, bien que l'on n'ait aucune certitude sur le mode de transmission. Ainsi, ZITNAN et SIT'AJ, qui, en 1966, répertoriaient 27 malades appartenant à 5 familles sur une série de 33 cas, notaient que « la fréquence de la consanguinité et la promiscuité des cas observés ne permettent pas d'éliminer une transmission récessive autosomique » (cité par DE SEZE).

Et c'est en ces termes que se pose le problème : quel est le *primum movens* ? Trouble métabolique comme dans la goutte ou l'hémochromatose et aboutissant à une déviation calcique ? Tare héréditaire affectant les cartilages, dévoilée tardivement dans certaines conditions favorisant cette déviation ? S'agissant d'un éventuel trouble métabolique, le raisonnement est plus analogique que scientifiquement démontré; il porte sur ces rapprochements avec la goutte, avec le rhumatisme alcaptonurique ou ochronose.

Pour expliquer la chondro-calcinose qui accompagne cette maladie métabolique familiale qu'est l'hémochromatose, SELYE a mis l'accent sur le mordançage provoqué par le fer; mais, outre que tous les cas d'hémochromatose ne s'accompagnent pas de CCAD et que la CCAD s'observe dans d'autres maladies ou constitue à elle seule toute la maladie, SELYE, dans ces expériences sur la calciphylaxie, n'a pas obtenu de précipitation calcique sur les cartilages. Il reste que, pour beaucoup d'auteurs, toutes les maladies qui s'associent à la CCAD comportent une tare métabolique commune, mais non encore identifiée, qui constituerait un lien génétique et expliquerait les associations cliniques avec des maladies telles que le diabète, la goutte, l'hémochromatose, etc...

Dans toutes ces associations, on a observé une altération primitive du cartilage; en fait, le dépôt calcique serait induit par une altération préalable de la plaque osseuse sous-chondrale, altération qui consiste en un remaniement micro-kystique de l'os; altération qui serait le point de départ d'une effraction et d'une précipitation cristalline par trouble enzymatique avec dépolymérisation des muco-polysaccharides, soit primitif (?), soit par lésion des constituants du cartilage, de la substance fondamentale : il est certain que, dans les arthroses, une telle destruction des cartilages est secondaire à des anomalies enzymatiques (BOLLET) et qu'on n'a pas réussi à déterminer des dépôts calciques sur cartilage sain (DELTour).

— Il semble que l'on s'oriente actuellement vers la conception suivante : remaniement de l'os et pénétration de micro-cristaux dans la synoviale; la pénétration serait due à une incompétence du tissu conjonctif à réagir contre elle, à lui rester imperméable; les micro-cristaux ne sont pas balayés et s'ordonnent suivant la surface offerte. Cette incompétence initiale resterait longtemps latente et serait révélée par des facteurs divers à déterminer, dans des conditions variées.

Il y a lieu de rappeler qu'il n'existe qu'une marge étroite entre la maladie latente et la maladie déclarée et qu'il existe des états d'hyper-uricémie extrême que ne trahit aucun tophus; on a pu se demander s'il n'existe pas des facteurs de révélation qui nous restent méconnus, et dans quelle mesure, leur découverte éclairerait la pathogénie de la chondro-calcinose.

La CCAD paraît, à beaucoup, une maladie « d'avenir », dans la mesure où son étude permettrait d'apporter des lumières sur sa constitution et d'unifier le cadre nosologique des maladies dites « précipitantes ».

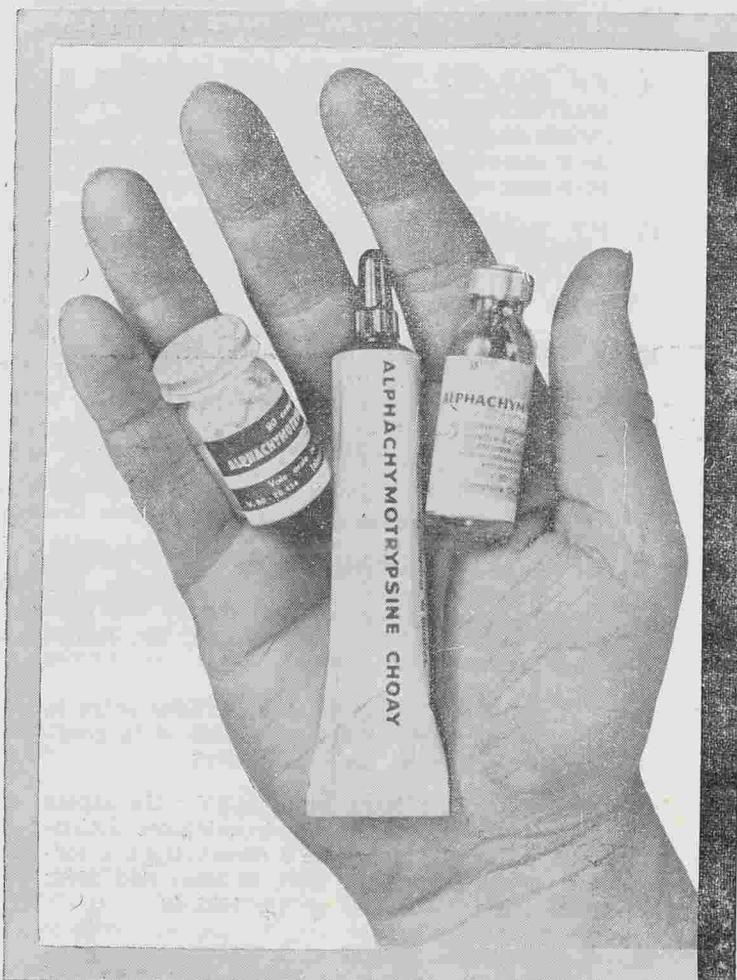
BIBLIOGRAPHIE

1. F. BASSET, C. GUIRAUDON et F. COSTE : Polyarthrite chronique avec chondro-calcinose synoviale ou chondro-calcinose primitive à forme polyarthritique. *Rev. Rhum.*, 52^e, 1-II-1965, n^o 1, 2, 38-41.
2. G. CABANEL et M.P. BERTHON : Une polyarthrite d'allure inflammatoire, la chondro-calcinose articulaire diffuse (ses rapports avec la polyarthrite rhumatoïde). *Conc. Méd.*, 89, 14, 8-IV-1967, 2653-65.
3. H.L.F. CURRY, J. KEYJ, R.M. MASON et SWEITENHAM K.V. : Significance of Radiological Calcification of Joint Cartilage. *Ann. Rhum. Dis.*, 1959, 25, 295-305.
4. F. DELBARRE, H. BROUILLET, A. KAHN et B. AMOR : Arthrites et polyarthrites expérimentales. In « Biologie de l'inflammation », Actualités de Physiologie pathologique. 1^{re} série, 1966, Masson et Cie, éd. 97-122.
5. Y. DIRHEIMER : La chondro-calcinose diffuse. *France Méd.*, Nov. 1967, n^o 9, 423-28.
6. J. FORESTIER, A. CERTONCINI et P. VALLET : Une observation de chondro-calcinose articulaire diffuse. *Rev. Rhum.*, 31^e, Nov. 1964, n^o 11, 663-64.
7. F. FRANCON, J. EPINAY, H. BLANCHARD, J. JOLY, E. VISNIKS et R. DIAZ : Contribution à l'étude des arthropathies de l'hémochromatose. *Presse Méd.*, 76, 38, 12-X-1968, 1809-12.
8. P. GALMICHE : Qu'est-ce que la polyarthrite rhumatoïde ? in « Biologie de l'inflammation », Actualités de Physiologie pathologique, sous la direction de Jean-Louis Parrot, 1^{re} série, 1966, Masson et Cie, éd. 123-128.
9. J. GRABER-DUVERNAY : A propos de 2 cas de Rhumatisme alcaptonurique. *J. Méd. Lyon*, Août 1958, 647-54.
10. R. JAFFRES et G. KERBRAT : Chondro-calcinose articulaire diffuse chez 2 frères atteints d'hémochromatose. *Rev. Rhum.*, 35^e, 1965, n^o 7, 431-38.
11. Y. Du LAC, G. DELOUDX et R. DEUIL : Arthropathies et chondro-calcinoses au cours des hémochromatoses. *Rev. Rhum.*, 34^e, Déc. 1967, n^o 12, 758-69.
12. P. LOUYOT, J. PETERSCHMITT et P. BERTHELME : Chondro-calcinose articulaire diffuse familiale. *Rev. Rhum.*, 31^e, Nov. 1964, 659-63.
13. J. PEYRON : Le cartilage articulaire et l'arthrose. *Sem. Hôp. Paris*, 1967, n^o 43, 114-129.
14. P.P. RAVault, G. VIGNON, E. LEJEUNE, J. MAITREPIERRE et Mme J. GAUTHIER : La chondrocalcinose articulaire diffuse (à propos de 6 observations personnelles). *J. Méd. Lyon*, 20-I-1961, 65-94.
15. P.P. RAVault, E. LEJEUNE et J. MAITREPIERRE : La chondrocalcinose articulaire diffuse. *Rev. Lyon Méd.*, VIII, 16, Oct. 1959, 1095-1101.
16. A. RUBENS DUVAL et G. KAPLAN : Lésions élémentaires vasculaires de la synoviale. *Rev. Rhum.*, 35^e, Juillet-Août 1968, 264-71.
17. Hans SELYE : Inflammation et maladies pluricausées. in « Biologie de l'inflammation ». Actualités de Physiologie pathologique, 1^{re} série, 1966, Masson et Cie, éd., 129-146.
18. H. SERRE, L. SIMON et J. SANY : A propos de la chondrocalcinose articulaire diffuse. Les circonstances étiologiques d'après 30 cas personnellement observés. *Rev. Rhum.*, 32^e, Juillet 1965, n^o 7, 425-30.
19. H. SERRE et L. SIMON : Les relations entre la chondrocalcinose articulaire diffuse et la goutte. *Rhumatologie*, 1964, 16, 209-17.
20. H. SERRE, L. SIMON et J. SANY : Un aspect symptomatique de la chondrocalcinose articulaire diffuse (à propos de 5 observations à forme pseudo-goutteuse). *Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1963, 114, n^o 13, 1133-46.
21. H. SERRE, L. SIMON et J. SARY : La chondrocalcinose articulaire diffuse. *Rev. Prat.*, 16, n^o 18, 21-VI-1966, 2483-92.
22. S. De SEZE, A. RICKEWAERT, M.F. KAHN, D. HIOCO, A. HUBAULT, J. ROUSSEAU, J. SOLNICA, C. LANHAM, et J. SAMUEL : Génétique des ostéopathies et arthropathies métaboliques observées en rhumatologie (en dehors de la goutte). *Rev. Rhum.*, 33^e, Juillet-Août 1966, n^o 7-8, 416-25.
23. S. De SEZE, A. RICKEWAERT, A. HUBAULT, M.F. KAHN, D. MITROVIC et J. SOLNICA : Les chondrocalcinoses articulaires. *Sem. Hôp. Paris*, 42^e, 57, 14-X-1966, 2461-71.
24. D. ZITNAN et S. SIT'AJ : Chondro-calcinosis articularis. *Ann. Rhum. Dis.*, 1963, 22, n^o 3, 171.

d'emblée...

ALPHACHYMO TRYPSINE CHOAY

anti-inflammatoire de prescription quotidienne



INJECTABLE

Boîte 5 flacons (25 u. C. Hb.)



COMPRIMÉS

Boîte 20 comprimés dosés à 25 u. C. Hb.



POMMADÉ

Tube 20 g 300 u. C. Hb.

S.S. — A.M.G. — P. Cl. 22 — 9 — 8

Traumatologie
Chirurgie générale
Chirurgie plastique et réparatrice
Gynécologie-obstétrique
O.R.L.
Broncho-pneumologie
Gastro-entérologie
Phlébologie
Rhumatologie

PARIS 16^e PA - 22

POSOLOGIE :

Voie intramusculaire (25 à 50 u. C. Hb. par jour).

Voies sublinguale et orale (5 à 8 comprimés par jour).

Voie percutanée (3 à 4 applications quotidiennes).



LABORATOIRE CHOAY - 48, Avenue Théophile Gautier, PARIS 16^e - MIR. 59-00

L'Artériographie sélective du tronc cœliaque dans les kystes hydatiques du foie

par A. KAMOUN, H. AYARI, M. FOURATI et K. TOCHEV

L'hydatidose hépatique est assez fréquente en Tunisie.

Le clinicien ne peut pas trop se fier, ni à la réaction de WEINBERG, ni à la réaction de CASONI, dont l'infidélité est bien connue.

La radiographie simple ou complétée par une cholecystographie ou cholangiographie laisse certes souvent deviner les contours de la lésion parasitaire. Elle peut parfois révéler des images de refoulement des voies biliaires et montrer d'éventuelles calcifications, mais ceci est assez rare et le nombre de kystes hydatiques du foie non calcifiés qui ne donnent aucune image de compression extrinsèque des voies biliaires est assez important.

C'est pourquoi la splénoportographie a joué et continue de jouer un grand rôle dans le diagnostic du kyste hydatique du foie.

Il semble, depuis quelques années du moins, en matière de kystes hydatiques du foie que la splénoportographie transpariétaire cède le pas à l'artériographie sélective qui fournit des renseignements plus complets, en montrant l'aspect organisé de la vascularisation, l'encorbellement périfystique par des artères régulières, mais refoulées avec absence de vascularisation anarchique au centre.

Elle permet d'établir, tout comme la splénoportographie, le caractère bénin kystique de la tumeur (ce qui est important en cas de doute sur la nature de cette tumeur).

Elle nous renseigne, tout comme la splénoportographie, sur le nombre de kystes, sur la quantité et la qualité du parenchyme hépatique restant et sur l'importance de l'hypertrophie compensatrice.

L'artériographie sélective nous permet, en outre :

- une étude détaillée de l'irrigation artérielle;
- la découverte d'éventuelles anomalies d'origine des artères hépatiques.

Parmi les cas de kystes hydatiques du foie où nous avons eu recours à l'artériographie sélective, nous avons choisi 4 observations de kystes non calcifiés.

La cholangiographie laisse deviner l'existence d'un kyste dans un cas seulement (le deuxième cas).

Dans les trois autres cas, bien que cliniquement évoqué, le diagnostic de kyste hydatique a été posé grâce à l'artériographie sélective.

OBSERVATIONS :

OBSERVATION 1 (Fig. 1 a, b et c).

Mme F. Y..., âgée de 23 ans, originaire de Zaghouan, est admise pour une tumeur du foie.

La malade se plaint depuis 1967 de douleur de l'hypochondre droit et de phénomènes prurigineux.

Le foie déborde de 4 travers de doigt, et la voûture para-ombilicale droite est nette. Pas de splénomégalie.

— L'intra-dermo réaction de CASONI est positive.

— L'éosinophilie est à 4 %.

— Le diagnostic du kyste hydatique du foie est suspecté, mais la cholangiographie, qui avait objectivé l'existence d'une tumeur hépatique, n'avait pas déterminé exactement ni le nombre ni le siège de ces masses néoformées.

L'artériographie coeliaque (Fig. 1 a, b et c) objective trois kystes. Les artères hépatiques circonscrivent en effet trois masses nettement distinctes dont on aperçoit les ombres.

La première étant de siège sous-diaphragmatique droit, la seconde étant médiane, la troisième étant paravertébrale droite, cernée par de très fins vaisseaux.

Au temps parenchymateux on retrouve le liséré dense autour des zones avasculaires sous-diaphragmatique droite et médiane.

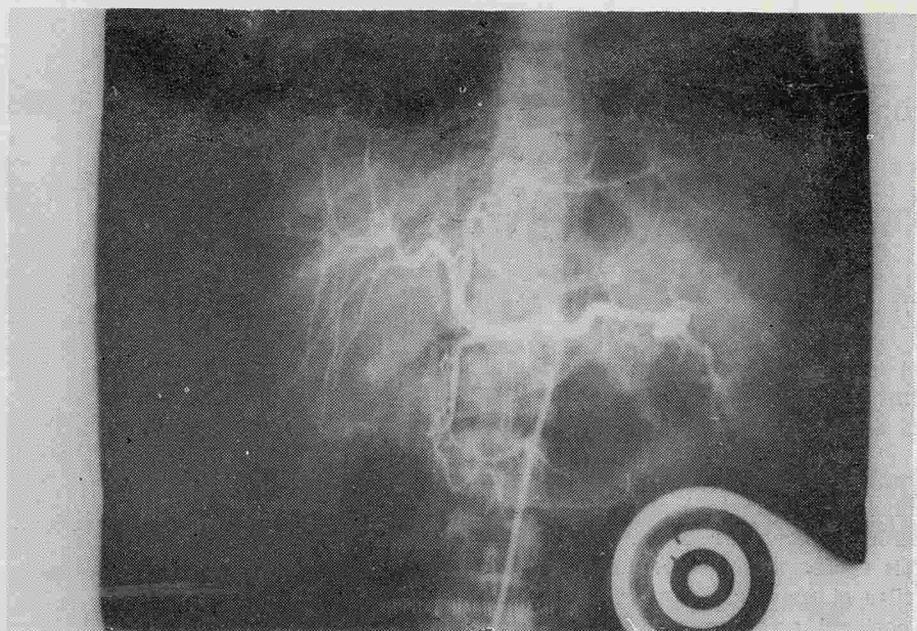


FIG. 1 a — Obs. 1

*Artériographie coeliaque. Temps artériel précoce.
Encorbellement par les artères hépatiques droite et
gauche. On reconnaît trois kystes.*

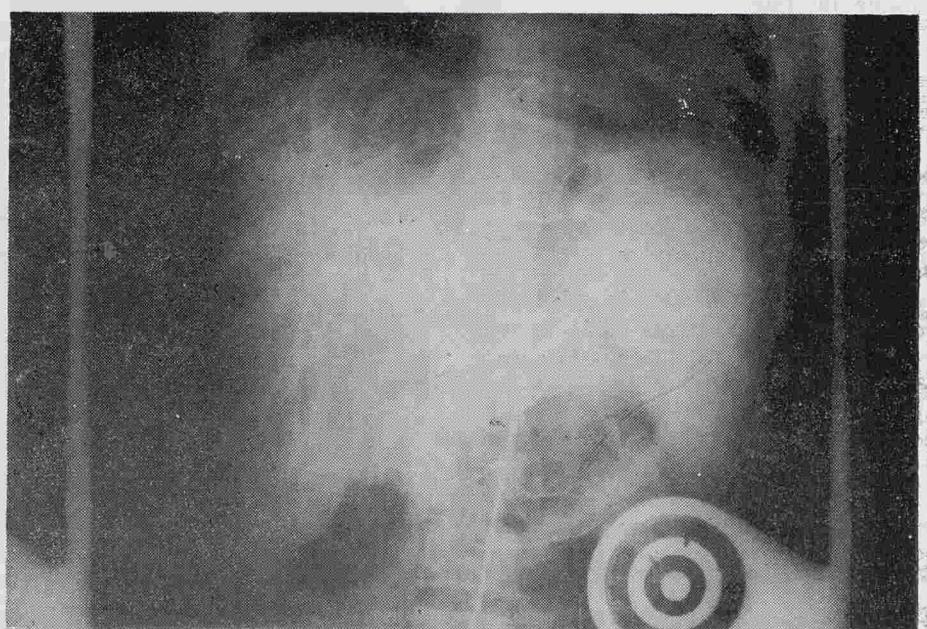


FIG. 1 b — Obs. 1

*Temps artériel tardif.
On distingue mieux les trois kystes*

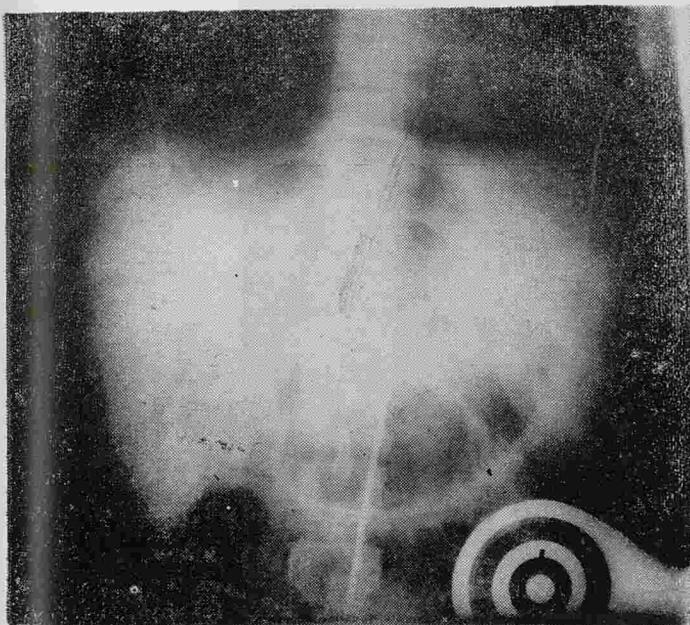


FIG. 1 c — Obs. 1

Au temps parenchymateux tardif, le liséré bordant dessinant les contours des kystes, supérieur et médiane, devient évident.

L'intervention pratiquée le 10 janvier 1969 consiste en une laparotomie médiane sus-ombilicale et permet de découvrir :

- 1^o Un kyste du dôme du lobe droit;
 - 2^o Un kyste du lobe droit;
 - 3^o Un kyste postérieur du lobe gauche.
- Une triple kystectomie est pratiquée.

Revue cinq mois après l'intervention, la malade se porte bien.

OBSERVATION 2 (Fig. 2 a et b) :

Mme N. A..., âgée de 35 ans, originaire du Kef, a subi en 1962 une intervention chirurgicale pour kyste hydatique du foie.

Depuis deux mois, elle présente une tumeur de l'hypochondre droit.

Elle est adressée à l'hôpital Habib Thameur pour récidive d'hydatidose hépatique.

L'état général du sujet est bon. On ne note ni ictere ni prurit.

La cholangiographie montre :

- un canal hépatique droit refoulé vers le haut et contournant une ombre arrondie;
- une vésicule nettement refoulée en arrière (le cliché de profil montre une vésicule bien opacifiée se projetant sur le rachis).

L'artériographie coeliaque (Fig. 2 a et b) faite le 10 février 1969 montre au niveau du lobe droit des artères circonscrivant une masse kystique dont on distingue l'ombre.

Au temps hépatographique, le vide parenchymateux se dessine nettement avec une densification péri-adventitielle.

Cette zone avasculaire occupe la partie centrale du lobe droit.

L'intervention pratiquée le 20 février 1969 consiste en une laparotomie médiane sous-ombilicale avec excision de l'ancienne cicatrice.

Une kystectomie est pratiquée.

Les suites sont normales.

OBSERVATION 3 (Fig. 3 a et b) :

Mme H. M..., âgée de 24 ans, originaire de Bizerte, est opérée le 23 mai 1962 d'un kyste hydatique du foie.

A l'intervention, on découvre une masse siégeant sur le bord inférieur du lobe droit du foie : il s'agit d'un kyste hydatique univésiculaire.

Les suites opératoires sont bonnes.

La malade va bien jusqu'au mois de juin 1969, où elle a ressenti une douleur sous-costale droite à début progressif avec vertiges et vomissements.

- Le foie déborde de 3 travers de doigt.
- L'intra-dermo réaction de CASONI est positive.
- L'éosinophilie est à 2 %.

L'artériographie coeliaque (Fig. 3 a et b) faite le 11 août 1969 montre un refoulement vers la gauche des artères hépatiques droite et gastro-duodénale avec un écartement des branches artérielles du lobe droit du foie.

Au temps hépatographique on est frappé par la faible imprégnation du parenchyme hépatique.

L'intervention, pratiquée le 28 août 1969, consiste en une laparotomie médiane sus-ombilicale avec l'excision de l'ancienne cicatrice.

Une kystectomie subtotal est pratiquée.

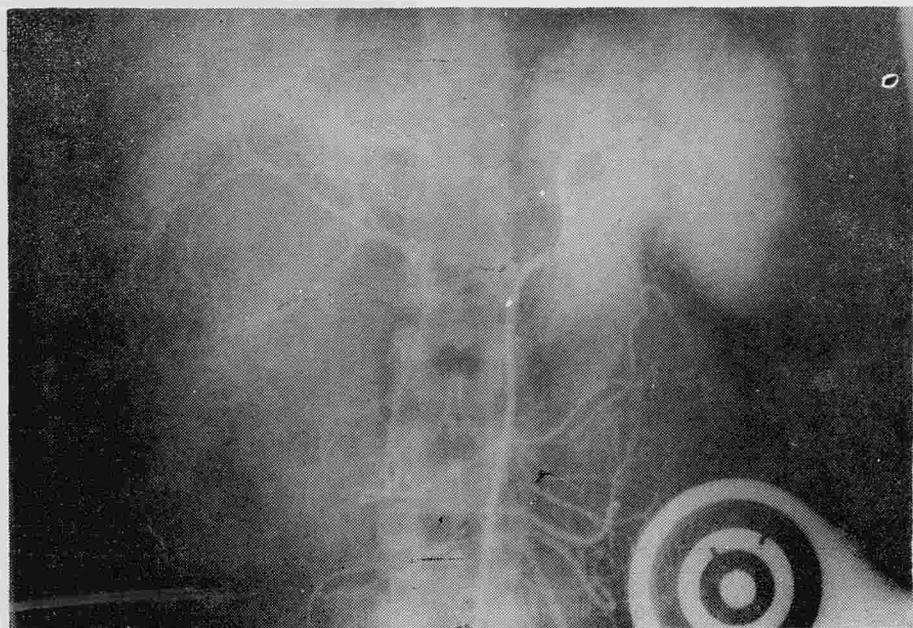


FIG. 2 a — Obs. 2

*L'artériographie coeliaque met en évidence
un kyste hydatique du lobe droit.*

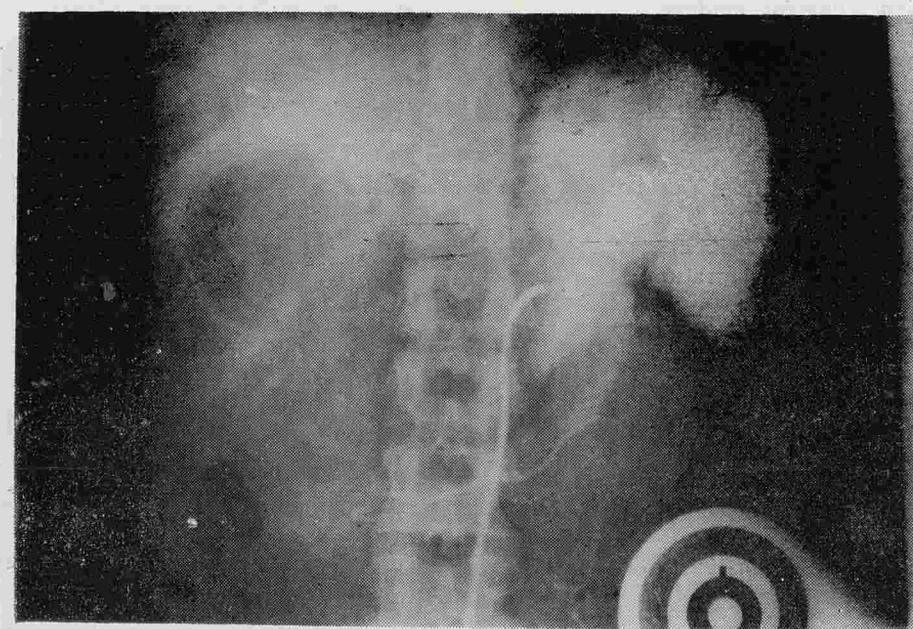


FIG. 2 b — Obs. 2

*Au temps parenchymateux tardif on reconnaît le
liséré bordant cernant les limites du kyste.*

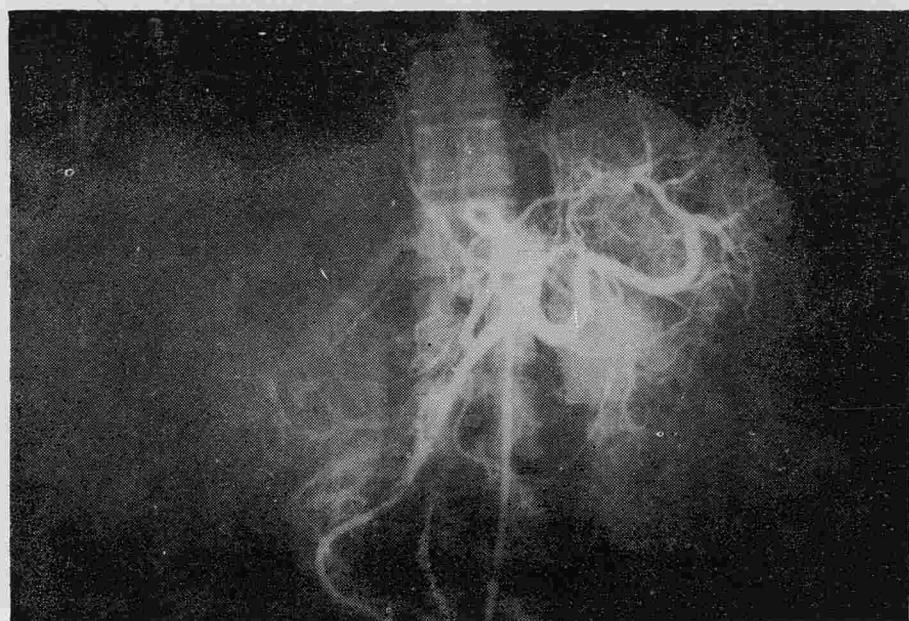


FIG. 3 a — Obs. 3

*Artériographie coeliaque. Temps artériel précoce.
Refoulement des artères hépatique et gastro-duodé-
nale. Etirement des branches artérielles du lobe droit*

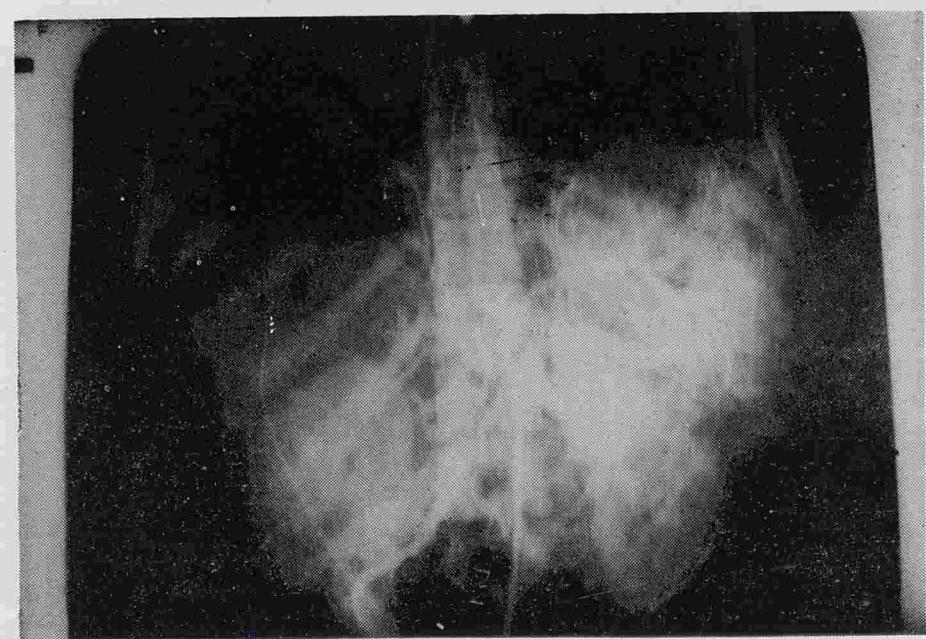


FIG. 3 b — Obs. 3

*Temps artériel tardif. Faible imprégnation
du parenchyme hépatique.*

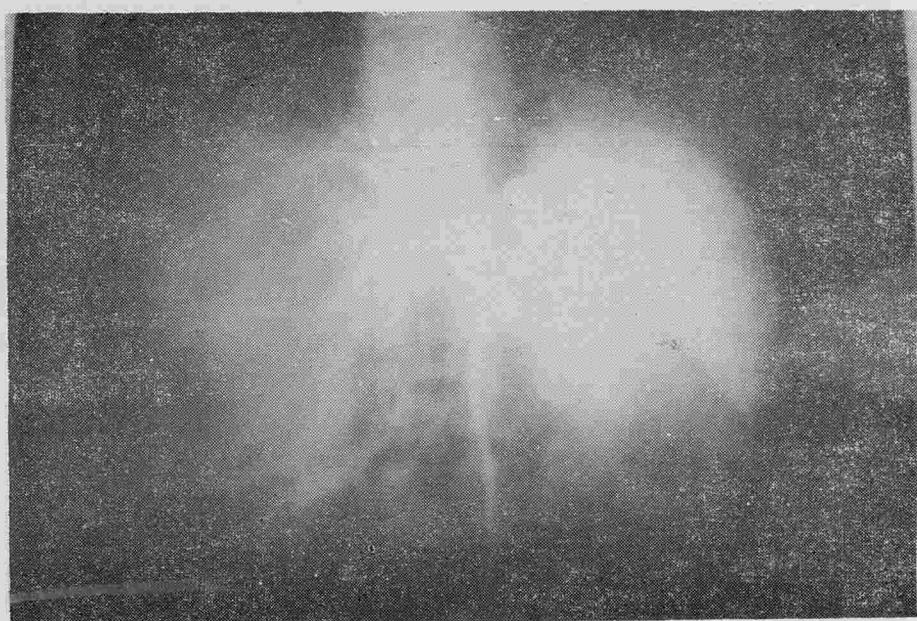


FIG. 4 a

Les Figures 4 a et b — Obs. 4 correspondent à l'artériographie coeliaque. Elles mettent en évidence deux kystes juxtaposés du lobe droit refoulant les branches de l'artère hépatique droite.

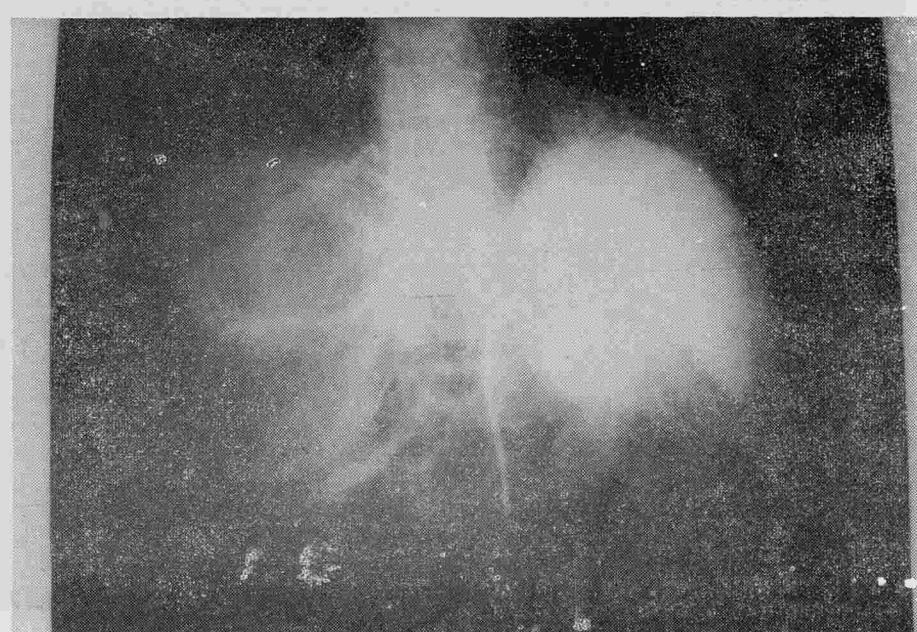


FIG. 4 b

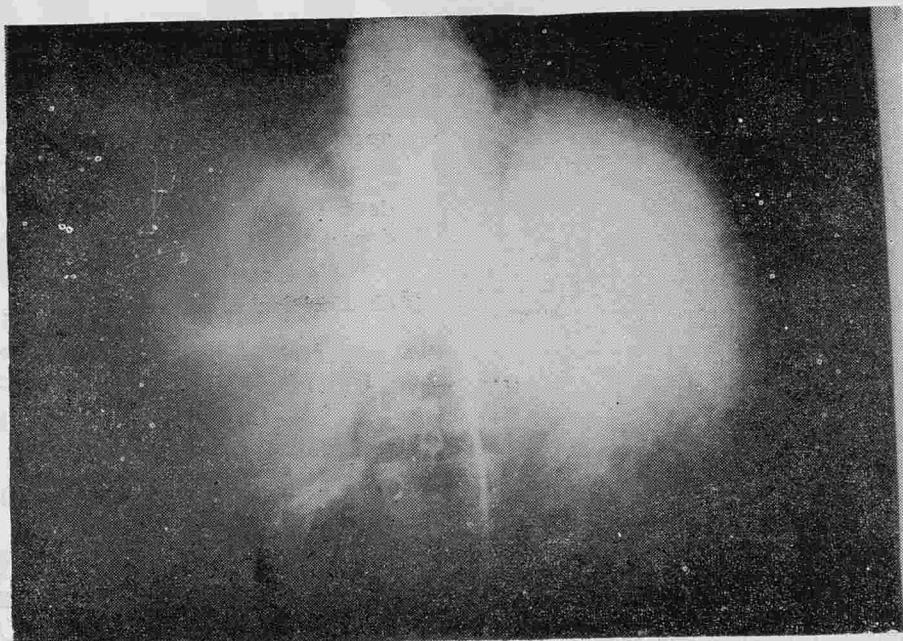


FIG. 4 c — Obs. 4

Temps hépatographique, doux zones avasculaires occupant la presque totalité du lobe droit et bordées par un liséré dense.

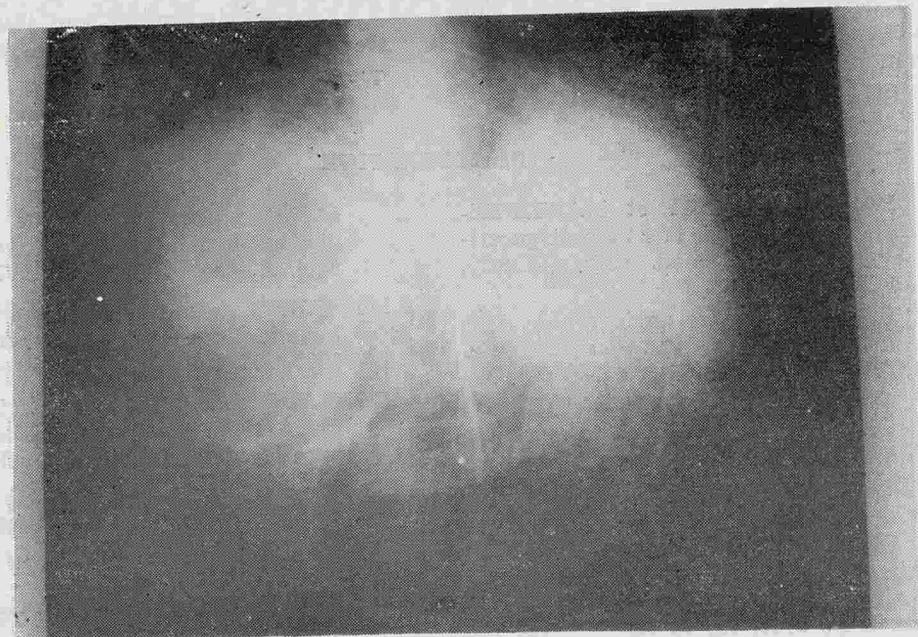


FIG. 4 d — Obs. 4

Au temps splénoportographique de retour on reconnaît l'injection du tronc dont la direction et le calibre sont normaux.

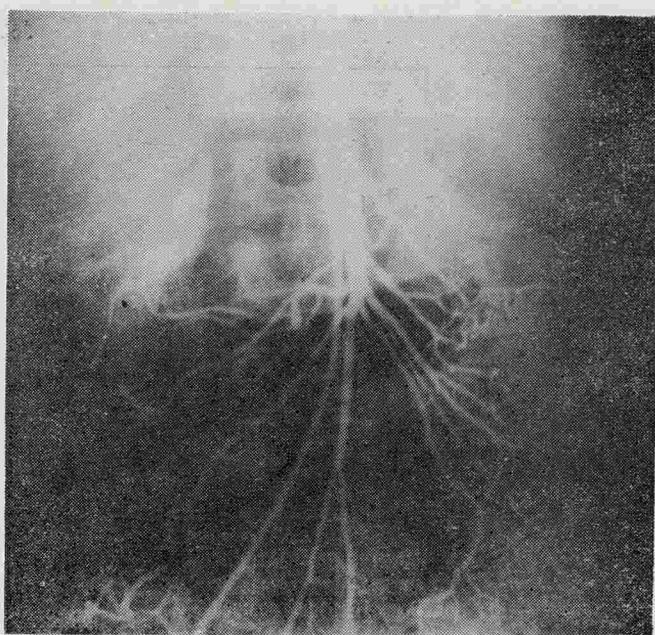


FIG. 4 e — Obs. 4

*Artériographie sélective mésentérique supérieure pratiquée après l'artériographie coeliaque.
Aspect normal.*

OBSERVATION 4 (Fig. 4 a, b, c et d) :

Mme M. L..., âgée de 40 ans, originaire de Zaghuan, est hospitalisée le 17 juillet 1969 pour une forte suspicion de kyste hydatique du foie. Elle souffrait depuis deux mois d'une douleur de l'hypochondre droit.

- Les tests hépatiques sont normaux.
- L'intra-dermo de CASONI est douteuse.
- L'éosinophilie est à 4 %.

L'artériographie coeliaque (Fig. 4 a, b, c et d) faite le 31 juillet 1969 objective deux zones avasculaires juxtaposées du lobe droit. Les artères encorbelent en effet deux masses kystiques dont on aperçoit les ombres.

Au temps hépatographique, nous retrouvons ces deux « vides » parénchymateux bordés par un liséré dense.

Au temps de retour veineux le tronc porte est de direction et de calibre normal.

L'artériographie sélective de la mésentérique supérieure ne montre rien d'anormal.

L'intervention pratiquée le 29 août 1969 découvre deux kystes du lobe droit.

Une double kystectomie totale est pratiquée.

Les suites sont bonnes.

COMMENTAIRES

Dans nos 4 observations, l'artériographie sélective a permis de préciser :

- le nombre de formations kystiques,
- leur siège,
- et leurs connexions avec les vaisseaux hépatiques.

Ces renseignements sont intéressants à connaître avant d'envisager la chirurgie du kyste hydatique du foie.

BIBLIOGRAPHIE

- ROZMAN L., PADROS-ARIHSUI et MARTINEZ-MUNOZ A. — Quiste hidatico de baso diagnosticado per artériographia. *Med. Clin. (BORC)*, 1962, **39**, 85-88.
- GHAEM-MAGHAMI P. — Aorto-angiographie dans les tumeurs et les kystes hydatiques du rein. *Rev. Méd. Moyen-Orient*, 1963, **20**, 265-268.
- PERRROTIN J., HAUTEFEUILLE P., HUGUIER M., BROU R. et HERNANDEZ G. — Artériographie sélective du tronc coeliaque et kystes hydatiques. A propos de trois observations. *Mém. Acad. chir.*, 1966, **96**, 40-47.
- PORCHER P., CHIRIGIE E., CHALUT J., PROT D. et BENNET J. — Apport de l'artériographie dans le diagnostic des affections hépatiques. *Mém. Acad. chir.*, 1966, **92**, 51-53.
- MIALARET J. et JULIEN M. — A propos de l'artériographie sélective. *Mém. Acad. chir.*, 1966, **92**, 447-448.
- HILLER H.G. — Paediatric hepatic arteriography. *Aust. Radiol.*, 1967, **11**, 30-33.
- LEGRE J., CLEMENT J.P., GUIEN C.L. et PIETRI H. — L'angiographie sélective du tronc coeliaque
- et de l'artère mésentérique supérieure dans le diagnostic du kyste hydatique du foie et de la rate. *J. Radiol. Fleerol.*, 1967, **48**, 564-572.
- MC WULTY J.G. — Angiographie manifestation of hydatid disease of the liver. *Amer. Journ. Roent.*, 1968, **102**, 380-383.
- BOULARD C.L., SUDUCA P., THALAMAS B. et FEEXINOS J. — Kyste hydatique du foie. Diagnostic par artériographie sélective. *Press. Méd.*, 1968, **76**, 723-724.
- ALFIDI R.I., RARTOGI H., BUONOCORE E. et BROURN C.H. — Hepatic Artériography-Radiology, 1968, **90**, 1136-1142.
- CHAMPEAU M., ARSAC M. et PINEAU P. — Kyste hydatique de la convexité du foie. *Sem. Hôp. Paris*, 1968, **44**, 1987-1989.
- FONTAINE R., PIETRI J., MASSON J. CL. LAMPERT M. et LONGIO J. (Strasbourg). — L'Artériographie sélective du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieure dans les kystes hydatiques du foie. *Journal Radiol. et Electrol.*, 1969, **55**, 275-280.

BACTISUBTIL

ampoules buvables-gélules

*protège l'intestin de l'enfant
et de l'adulte
dans les diarrhées
et les accidents intestinaux
dus aux antibiotiques per os.*

Posologie :

Traitement d'attaque : 4 à 6 ampoules buvables ou gélules par jour

Traitement d'entretien : 2 ou 3 ampoules buvables ou gélules, réparties dans la journée, en dehors des repas.

Composition : Culture pure de *Bacillus subtilis*, répartie sous forme liquide en ampoules buvables de 10 ml, ou, après centrifugation et séchage, en gélules à ingérer ou à ouvrir.

LABORATOIRES TORAUDE - 2, place de la Sorbonne Paris 5^e

toute agression a pour conséquence une **rupture**
de l'équilibre métabolique et se manifeste par une **asthénie**

avantol

pare aux agressions
répare les désordres de l'asthénie

complément métabolique équilibré

- **asthénies liées à certaines périodes de la vie :**
troubles de la croissance, puberté, allaitement, involution sénile.
- **asthénies consécutives à la grippe**
et aux fièvres éruptives de l'enfance.
- **asthénies en rapport avec des conditions de vie**
défectueuses : inadaptation.
- **asthénies essentielles.**

cure de 20 jours, renouvelable en cas de besoin
après arrêt de 10 jours :

jusqu'à 15 ans : 1 ampoule au petit déjeuner,
au-dessus de 15 ans : 2 ou 3 ampoules par jour
(1 ou 2 au petit déjeuner, 1 au déjeuner).

ampoules buvables

avantol parfumé au citron et au cassis se prend dilué
dans son volume d'eau. pas de contre-indications.

coffret de 20 ampoules, remb. s.s. (p.cl. 18) tableau C

composition :

acétylglutamine : 0,050 g - chlorhydrate de pyridoxine (vit. B6) : 0,150 g - cyanocobalamine
(vit. B12) : 0,0001 g - dithionate de calcium : 0,250 g - dithionate de magnésium : 0,125 g
excipient stabilisé et aromatisé q.s.p. 10 ml (P. hydroxybenzoate de méthyle sodique : 1,5 p. 1000
acide benzoïque : 0,1 p. 1000).

Artériographie des membres inférieurs par injection fémorale à contre-courant

par A. KAMOUN et K. TOCHEV

L'angiographie trouve dans les artérites des membres inférieurs une de ses indications majeures.

Nous devons à REBOUL les critères auxquels doit répondre une telle exploration :

— Elle doit s'étendre à l'ensemble du réseau vasculaire intéressé.

— Elle doit fixer les différents temps circulatoires par la prise des clichés en série.

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES UTILISÉES

Les lésions entraînées par les artérites sont :

- Toujours diffuses.
- Souvent bilatérales.

Ceci doit nous amener, même devant une symptomatologie apparemment unilatérale à explorer de façon systématique :

- L'aorte abdominale inférieure,
- Les artères iliaques,
- et les artères des membres.

C'est là une règle fondamentale indispensable à l'établissement du bilan complet des lésions et dont dépend toute décision chirurgicale.

I. — L'ARTERIOGRAPHIE FÉMORALE s'avère insuffisante, car les altérations sus-jacentes qui sont fréquentes ne sont pas mises en évidence.

II. — LE CATHETERISME FÉMORAL rétrograde suivant la technique de SELDINGER présente des risques certains de perforation artérielle ou de thrombose secondaire chez le sujet artéritique. (La sonde étant mise en place un peu au-dessus de la bifurcation aortique).

III. — L'ANGIOCARDIOGRAPHIE élargie préconisée et mise au point par VIALLET fournit de bonnes images de l'aorte abdominale, mais l'opacification du système artériel périphérique n'est pas toujours satisfaisante à cause de l'effet de dilution.

IV. — L'AORTO-ARTERIOGRAPHIE par ponction directe de l'aorte est une méthode de réalisation souvent simple, parfois difficile en cas de sinueosité anormale de l'aorte. Elle expose cependant à des accidents graves tels que l'hématome rétropéritonéal dramatique et l'anévrysme disséquant. Certains auteurs ont utilisé pendant plusieurs années cette méthode qui leur a donné toute satisfaction.

V. — L'AORTO-ARTERIOGRAPHIE par injection fémorale unilatérale à contre-courant représente une autre possibilité préconisée par SAMMONS, SCHOBINGER, ECOIFFIER, FRIEDENBERG.

TECHNIQUE

— La perception du pouls fémoral d'un côté au moins faiblement est une condition préalable sans laquelle il faut recourir à une autre technique.

— L'injection unilatérale du côté supposé le plus atteint pousse le produit opaque au-delà de la bifurcation aortique et entraîne l'opacification des deux membres inférieurs.

— Sous anesthésie locale, la ponction effectuée au triangle de Scarpa avec un trocart de SELDINGER de calibre 160 permet l'injection unilatérale de 40 à 50 cm³ d'un sel tri-iodé en solution à 76 % en deux secondes à l'aide d'une seringue télécommandée reliée par un long raccord en plastique après manœuvre de VALSAVA.

Les clichés s'étaient sur 25 à 30 secondes.

INDICATIONS

Ce sont essentiellement les différentes artérites :

- Artérites de surcharge,
- Artérites diabétiques,
- Artérites gouttenses,
- Les thrombo-angiites,
- et plus rarement les anévrismes artériels.

RESULTATS

L'étude attentive des clichés pratiqués doit permettre de préciser :

1° *Le type des lésions :*

- Diminution de calibre,
- Irrégularités des parois,
- Thrombose,
- Images de réperméation.
- Emboles,
- Mega-artère,
- Dilatations anévrismales.

2° *Le siège :*

- Carrefour aortique,
- Iliaque primitive,
- Fémorale superficielle à son origine,
- Poplitée,
- Tronc tibio-péronier,
- ou localisation plus périphérique.



- 3° L'importance de la *circulation collatérale*, l'existence d'un *retour veineux précoce* à la cuisse ou à la jambe.

VALEUR DE LA MÉTHODE

Les résultats sont quelquefois incomplets.

S'il existe une thrombose unilatérale haut située, la vitesse différente d'opacification artérielle des membres ne permet pas toujours de capturer l'image utile au niveau de la jambe malgré la prise de clichés en série.

On est alors amené à pratiquer une seconde injection, certes moins importante, en modifiant la répartition dans le temps des clichés.

En cas d'artérite, il faut absolument pratiquer une aorto-artériographie et ne pas se contenter d'une simple artériographie des membres inférieurs.

Pour la réalisation de cette exploration, l'injection fémorale à contre-courant représente un réel progrès.

FIG. I

Radiographie prise en cours d'injection.
On reconnaît le trocart de Seldinger (mis en place par ponction fémorale sous anesthésie locale) et le raccord en plastique reliant le trocart à une seringue télécommandée.



FIG. II a, b, c

Rétrécissement de l'hypogastrique droite

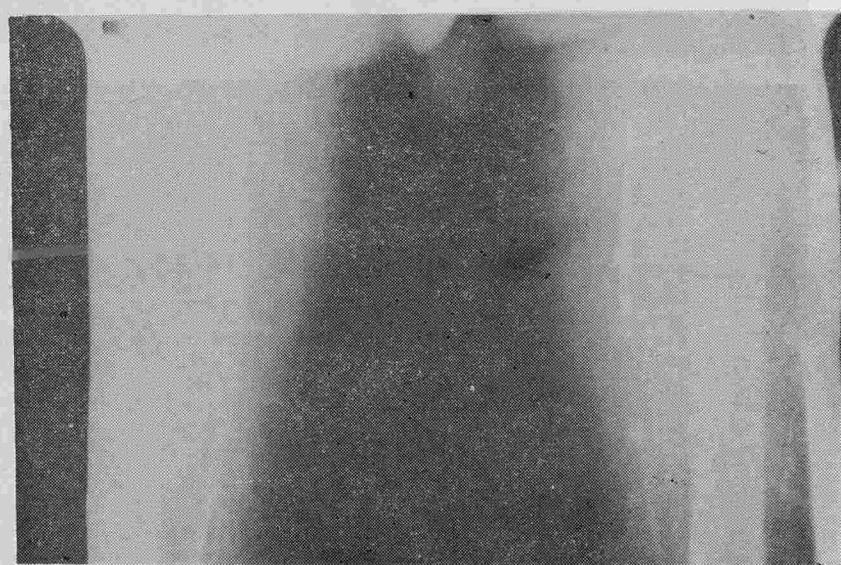


FIG. III a, b et c

Perte de parallélisme aortique.

Oblitération du tiers moyen de la fémorale superficielle gauche dont le tiers inférieur altéré s'opacifie

BIBLIOGRAPHIE

- DOS SANTOS A., LAMAS A. et CALDAS J.P. — Artériographie des membres et de l'aorte abdominale. Masson et Cie, édit., Paris, 1931.
- REBOUL H. — L'artériographie des membres et de l'aorte abdominale : étude critique. Masson et Cie, édit., Paris, 1936.
- SULAMA M. — On the technique of high retrograde arteriography in circulatory disturbances of the lower limbs. *Acta Radiol.*, **27**, 1946, p. 643.
- BONTE G. et MARCQ F. — Clichés multiples en artériographie (présentation d'un appareillage). *Lille Chir.*, **5**, N° 28, 1950, pp. 159-170.
- BONTE G. et DESRUELES J. — La thrombose du carrefour aortique terminal : étude chimique et aortographie (intérêt des clichés multiples). *Journ de Radiologie et d'Electrol.*, **32**, N° 1-2, 1951, pp. 16-20.
- SELLINGER S.T. — Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography a new technique. *Acta Radiol.*, **39**, N° 5, 1953, pp. 368-376.
- BONTE G., TRINEZ G. et TOISON G. — Aortographie directe et aortographie par cathétérisme rétrograde fémoral. *Journal de Radiol. et d'Electrol.*, **36**, N° 5-6, 1955, pp. 417-424.
- MC. AFFEE I.G. — Survey of complications of abdominal aortography. *Radiology*, **68**, N° 6, 1957, pp. 825-834.
- CARON J. — Les accidents de l'aortographie. *Ann. de Radiol.*, **1**, N° 3-4, 1958, pp. 269-272.
- SAMMONS B.P. et MAHIN H.P. — New technique of contrast visualizations on the distal aorta, pelvic and lower extremity arterial system in obliterative vascular disease. *Am. J. Roent.*, **81**, N° 5, 1959, pp. 835-840.
- VIALLET P., SENDRA L., CHIVROT L., AUBRY P. et COMBE P. — Anglo cardio-pneumographie élargie, méthode d'opacification vasculaire générale par voie veineuse. Masson et Cie, édit., Paris, 1959.
- NORDENSTROM B. — Contrast examination of the cardio-vascular system during increased intra-broncial pressure. *Acta Radiol.*, 1960, suppl. au N° 200.
- GUDBJERG C.E. et CHRISTENSON J. — Dissection of aortic wall in retrograde lumbar aortography. *Acta Radiol.*, **55**, 1961, p. 364.
- ROY P., JUTRAS A. et LONGTIN M. — Angiographie à champ extra large : technique et résultats. *J. Of Canad. Assoc. of Radiol.*, **12**, 1961, p. 27.
- SCHOBINGER R.A. — Percutaneous elio-femoral arteriography surgery, **50**, 1961, p. 765.
- TAKARO T., SCOTT S.M. et CRYMES T.P. — Timed bilateral elio-femoro-popliteal arteriography simple apparatus and technique. *Arch. Surg.*, **84**, 1962, p. 371.
- HERNANDEZ C.I. et MORIN G. — Techniques actuelles et résultats normaux des artériographies et de l'aortographies. *Rev. Prat.*, **14**, 1964, suppl. au N° 5.
- FRIENDENBERG M.J. et CARDSSON E. — Bilateral aorto-ilio-femoral arteriography via a unilateral common femoral artery needle. *Acta Radiol.*, **3**, N° 1, 1965, pp. 1-8.
- ECOIFFIER I. — La pratique de l'angiographie. Masson et Cie, édit., Paris, 1966.
- BAERT A.L., VERSTRAETEN M. et CELIN R. — L'intérêt de l'artériographie dans les oblitérations artérielles aiguës. *Journ. Belge de Radiol.*, **50**, N° 2, 1967, pp. 57-62.
- FONTON F., MARTIN P.L., GALY J.C. et MONNIER COT F.B. — Aortographie et artériographie des deux membres inférieurs par ponction fémorale unilatérale rétrograde. *Presse méd.*, **75**, N° 25, 1967, pp. 1303-1306.

strécipen

1 000 000 U.I. de biclinocilline associés à
0,50 g de dihydrostreptomycine



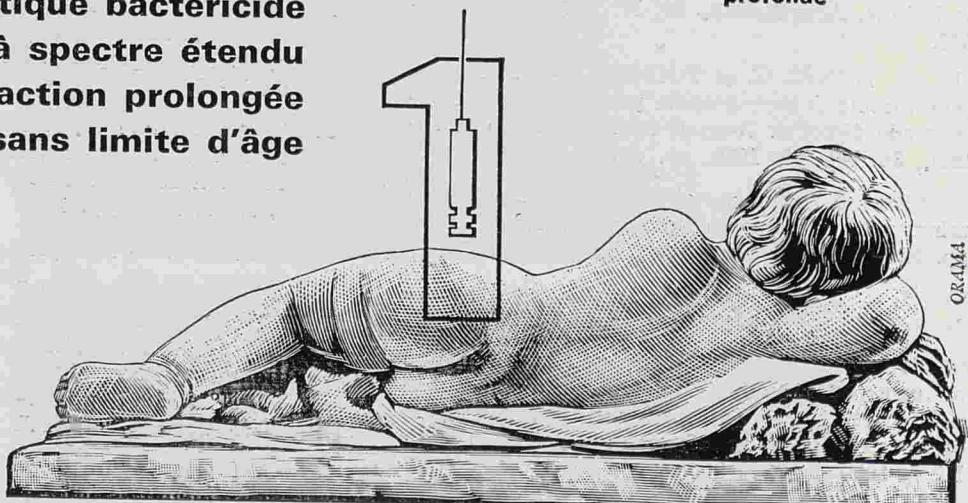
une injection tous les deux jours

flacon unitaire à diluer dans 3 ml de solvant

P. Cl. 5 Tableau C

Injection
intramusculaire
profonde

**L'antibiotique bactéricide
à spectre étendu
d'action prolongée
sans limite d'âge**



LABORATOIRES CLIN-COMAR • 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES • PARIS V^e
DIRECTIONS MÉDICALES ET PUBLICITAIRES CLIN-BYLA

ALGER

2, rue Louise-de-Bettignies Tél. 65.74.63
B.P. 380

ORAN

5, rue de la Remonte Tél. 359.78
B.P. 159

CONSTANTINE

37, rue Jules-Ferry Tél. 54.05
B.P. 15

CASABLANCA

8, rue Saint-Quentin Tél. 437.92

TUNIS

DAKAR

ABIDJAN

TANANARIVE

FORT-DE-FRANCE

4, rue Capitaine Guynemer Tél. 247-245

3, place de l'Indépendance Tél. 210-92

B.P. 2 072

B.P. 1 305

51, rue Albert-Picquié Tél. 03.51

B.P. 1 427

6^e km, route de la Redoute Tél. 44.10

Morne Cirey

Contraception intra-utérine dans un "utérus double"

par M. CHAABOUNI, A. KAMOUN et Mme Z. CHAABOUNI

Connue depuis l'antiquité, la contraception intra-utérine (1) s'est surtout répandue ces dernières années. La littérature sur cette méthode destinée à empêcher de façon temporaire la procréation est de plus en plus abondante.

Cependant, notre expérience de son application aux « utérus doubles » est très limitée, pour ne pas dire inexistante. C'est pourquoi il nous a semblé utile de rapporter cette observation.

Madame F..., âgée de 25 ans, accompagnée de son mari, consulte l'un de nous le 24 octobre 1968.

Ce couple d'Enseignants originaires du sud de la France cherche un moyen contraceptif adapté à son cas peu banal.

Réglée à l'âge de 13 ans, Mme F. a toujours eu des cycles très irréguliers, variant entre 20 et 45 jours (allant même parfois jusqu'à 3 mois), avec des règles qui durent 5 jours, d'abondance moyenne.

La défloration lors du mariage en 1964 a été difficile et a donné lieu à une hémorragie, qui a nécessité des « points d'hémostase ». Par la suite, les rapports ont été normaux, sans dyspareunie.

La même année, une première grossesse s'installe, dont le déroulement est normal jusqu'au 7^e mois, à la fin duquel elle s'interrompt brusquement avec rupture prématurée des membranes et accouchement facile, en 2 heures de temps, d'un enfant du sexe masculin pesant 1 kg. 700. Après avoir donné des inquiétudes au début de sa vie, ce garçon est actuellement bien portant.

L'année suivante, une deuxième grossesse suit la même évolution, avec accouchement au terme de 7 mois 1/2 (aussi facile et rapide que le premier,

précédé d'une rupture prématurée des membranes). Enfant de sexe féminin, pesant 2 kg. 400, et bien portant.

En octobre 1966, un spécialiste consulté à Marseille parle, pour la première fois, de vagin double et d'utérus double; il pratique une hystéro-salpingo-graphie qui montre :

— deux cavités utérines absolument indépendantes avec, à droite, un défilé cervico-isthmicus élargi. La cavité droite est nettement plus développée que la gauche, et, à chaque utérus, fait suite une trompe normale et perméable.

Le couple désirant « planifier », éprouvé qu'il était par l'élevage difficile de ses deux enfants, et croyant ne voir jamais une grossesse arriver à son terme, il lui est proposé, à Marseille, la mise en place d'un dispositif intra-utérin dans la cavité droite, et, s'il est bien toléré, la ligature-résection de la trompe gauche correspondant à l'utérus le moins développé « trop petit pour contenir un tel appareil ».

A la fin de l'année 1966, un stérilet du type SAF. T. COIL est placé à droite; il est expulsé au bout d'une semaine.

Le cycle suivant, il est remplacé par une boucle de LIPPES (dont nous n'avons pas pu faire préciser la taille), qui est également expulsée après 10 jours. Mme F... essaie alors la contraception orale : ANOVLAR puis LYNDIOL. Des troubles assez marqués à type de gonflements et de nausées l'obligent à renoncer à cette méthode après une persévérence d'une année, et à pratiquer la continence périodique basée sur la courbe de température.

Mais, chez cette femme aux cycles irréguliers et parfois très longs, ceci représente une contrainte qu'elle dit ne pas pouvoir supporter longtemps.

C'est alors que, muté à Tunis, le couple vient nous consulter fin octobre 1968, pour que nous l'aident à trouver une solution moins contraignante.

(1) « Les Arabes de l'antiquité, à la veille d'un long voyage, avaient déjà eu l'idée d'introduire, au moyen d'un tube creux, une petite pierre ronde et lisse dans l'utérus de leurs chameaux ». Jean DAL-SACE et Raoul PALMER, dans « La Contraception », P.U.F.).

A l'examen, chez cette femme de belle taille et aux caractères sexuels secondaires harmonieusement développés, on découvre une cloison vaginale sagittale intéressant les 2/3 supérieurs du conduit et séparant 2 cols absolument indépendants. L'orifice cervical droit est en forme de fente, tandis que le gauche est punctiforme, ce qui laisse supposer que les deux grossesses se sont développées dans l'hémi-utérus droit, le plus large.

Au toucher vaginal combiné au palper, on perçoit 2 corps utérins nettement séparés et déviés latéralement, le droit étant plus gros que le gauche.

Nous expliquons à Mme F.... que ses accouchements prématurés sont, en partie du moins, dûs à l'existence d'une béance cervico-isthmique visible sur les clichés d'hystéro-salpingo-graphie et fréquente dans les hémimatrices (ce que nous évoquait déjà le récit du déroulement de ces accouchements), et qu'un cerclage et un traitement hormonal éventuel en cours de grossesse lui donneraient des chances de mener une grossesse à terme. Bien qu'intéressée par cette possibilité, elle préfère reporter à plus tard une telle tentative. Nous lui parlons également de la possibilité de malformations de l'arbre urinaire à dépister par une urographie intra-veineuse.

Mme F.... accepte notre raisonnement, mais veut d'abord une solution à son problème contraceptif et reporte cet examen à plus tard.

Devant l'échec des deux essais précédents de contraception intra-utérine, nous prescrivons un cycle d'OVULENE à 1 mg., qui donne lieu aux mêmes troubles que les produits utilisés auparavant. Ne disposant pas, à l'époque, de la mini-pilule et ayant reçu, entre temps, un nouveau type d'appareil intra-utérin : « La Corolle » (1) (Fig. 1), nous avons pensé que ce type d'appareil pourrait bien convenir à ce cas; en effet, l'expulsion des deux précédents stérilets pourrait être due à la béance cervico-isthmique et la « Corolle », du fait de sa forme, craint moins cette malformation.

Nous lui en insérons une dans chaque hémi-utérus le 21 novembre 1968, au 7^e jour du cycle, après avoir pratiqué une hystérométrie qui nous donne les chiffres de 8 cm. à droite et de 4 cm. à gauche. Malheureusement, à gauche, l'extrémité inférieure de l'appareil (dont il n'existe qu'une

seule taille) dépasse légèrement par l'orifice externe du col. Le couple, averti de la gêne que cela pourrait constituer au cours des rapports, préfère tenter l'essai.

Une semaine plus tard, nous retirons la « Corolle » gauche, à cause de cette gêne, en attendant de nous procurer une boucle de LIPPES du type A (la plus petite taille). Nous rejetons l'idée de ligaturer la trompe gauche, suggérée par le couple.

Malheureusement, du fait d'un voyage, la malade n'est revue que le 12 février 69 au soir, en urgence, et elle nous apprend que depuis le retrait de la « Corolle » gauche, elle est en aménorrhée (dernières règles le 15 novembre 1968). Ceci ne l'a pas vite inquiétée, car du fait de l'appareil intratérin, elle a saignoté jusqu'au 24 décembre (mais elle précise bien que c'est de l'utérus droit contenant le dispositif), et elle est habituée à avoir de longs retards. Depuis le matin elle saigne et se plaint de crampes utérines gauches.

A l'examen, l'utérus gauche est gros comme 2 mois, avec un col ouvert; à droite, le corps utérin est un peu plus gros qu'il n'était et, au spéculum, les fils de la corolle sont bien visibles à droite. Une grossesse s'était donc développée dans l'hémi-utérus hypotrophique qui n'était pas protégé. Le soir même, un curetage a dû être pratiqué qui a ramené de nombreux débris placentaires et un petit fœtus d'environ 2 mois. L'hystérométrie, en fin de curetage, est à 12 cm. Profitant de cet agrandissement temporaire de la cavité, nous plaçons immédiatement après l'évacuation de la cavité utérine, une boucle de LIPPES du type A, et la malade se retrouve ainsi porteuse d'une « Corolle » à droite et d'une petite boucle de LIPPES à gauche.

Quatre jours plus tard, l'hémi-utérus droit expulse une grosse caduque qui entraîne avec elle la « Corolle », et presque tout est à refaire, d'autant qu'à l'époque nous avions épuisé notre petit stock de « Corolles ». Nous nous proposons alors d'insérer, après le retour de couches, une boucle de LIPPES du type D (la plus grande taille), dans l'hémi-utérus droit, espérant que celle expulsée à Marseille était plus petite.

Notre patiente est revue, inquiète, le 1^{er} avril, 48 jours après son curetage, car toujours en aménorrhée. Elle a eu des rapports protégés par des condoms, mais mis au milieu de l'acte.

A l'examen, le stérilet gauche, toujours en place, est très bien toléré. Après cinq comprimés de

(1) Réalisation A.T.N.; Direction et Contrôle, Dr Jean COHEN, PARIS.

VI^{es} JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES

(Tunis, 27, 28, 29 Octobre 1969)

Organisées par la Société Tunisienne des Sciences Médicales
 Maison de la Culture — Rue Ibn Khaldoun - TUNIS

PROGRAMME

COMITÉ D'HONNEUR

- Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales
- Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale
- Monsieur le Secrétaire d'Etat aux Affaires Culturelles et à l'Information
- Son Excellence Monsieur l'Ambassadeur de France
- Son Excellence Monsieur l'Ambassadeur des Etats-Unis d'Amérique
- Monsieur le Gouverneur-Maire de Tunis-Banlieue
- Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine
- Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins

SEANCE INAUGURALE

LUNDI 27 OCTOBRE :

(Maison de la Culture — Rue Ibn Khaldoun)

9 h. 30 — Allocutions :

- du Président de la Société Tunisienne des Sciences Médicales : Dr Sleïm AMMAR;
- de M. Driss GUIGA, Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales;
- de M. le Professeur Paul MILLIEZ, Doyen du Centre Hospitalo-Universitaire de Broussais — Hôtel-Dieu.

Suspension de Séance.

10 h. 15 : Inauguration de l'Exposition Pharmaceutique.

SEANCES DE TRAVAIL

LUNDI 27 OCTOBRE :

10 h. 45 : Conférence de M. le Professeur P. MILLIEZ, Doyen du Centre Hospitalo-Universitaire Broussais - Hôtel-Dieu, Paris, sur : « L'état actuel du traitement médical et chirurgical de l'hypertension artérielle ».

11 h. 45 : Film sur l' « hypertension artérielle » réalisé par M. le Professeur P. MILLIEZ avec le concours des Laboratoires DAUSSE.

17 h. : Table ronde présidée par M. le Professeur P. MILLIEZ sur l' « hypertension artérielle » avec la participation notamment de MM. les Professeurs agrégés H. BEN AYED et M. BEN ISMAIL, de MM. les Docteurs M. BENNACEUR et A. CHARRAD.

18 h. 30 : Conférence de M. le Professeur agrégé J. LANGLOIS - Centre Chirurgical Marie Lanne longue, Paris - sur : « L'état actuel de la chirurgie des cardiopathies valvulaires ».

20 h. 30 : Dîner offert par Monsieur le Gouverneur-Maire en l'honneur des participants au Restaurant « Mrabet ».

MARDI 28 OCTOBRE :

9 h. 30 : Conférence de M. le Professeur P. MILLIEZ sur : « Les syndromes néphrotiques ».

10 h. 30 : Conférence de M. le Professeur L. GAYRAL, Faculté de Médecine de Toulouse sur : « Les dépressions atypiques ».

11 h. 30 : Conférence du Docteur P. A. LAMBERT, Médecin des Hôpitaux psychiatriques sur : « Chimiothérapie des dépressions ».

15 h. 30 : Film réalisé par les Laboratoires DAUSSE : « La Fatigue », Congrès de Psychosomatique, Paris, 1966 (30 minutes). — Relations médecins-malade, Prof. L. GAYRAL, Lab. SAUDOUZ (24 minutes).

16 h. 30 : Table ronde présidée par M. le Prof. L. GAYRAL sur la « Médecine Psychosomatique du médecin praticien (portée et limites) » avec la participation notamment de MM. les Drs S. AMMAR, B. DAOUD, N. HADDAD, Z. KALLEL et P. A. LAMBERT.

17 h. 30 : Table ronde présidée par M. le Prof. agr. J. P. BINET sur la « Chirurgie cardio-vasculaire » avec la participation de M. le Prof. R. DRIPPS, Directeur du département d'anesthésiologie de l'Université de Pennsylvanie; de MM. les Prof. agr. Z. ESSAFI et M. BEN ISMAIL et de MM. les Drs M. BENNACEUR et H. FOURATI.

18 h. 30 : Conférence de M. le Docteur H. LE BRIGAND, Centre Chirurgical Marie Lannelongue, Paris, sur : « L'état actuel de la chirurgie de la tuberculose pulmonaire ».

Soirée (20 h. 30) : Séance de projection de films à l' « Hôtel Hilton » présentée par les Laboratoires DAUSSE : — « L'Ischémie cérébrale dans l'athérosclérose », Prof. agr. GAUTHIER, service de MM. les Prof. CASTAIGNE et LHERMITE, Grand Prix du film d'Enseignement Médical et Chirurgical, Bichat 1967 (35 minutes). — « L'athérosclérose coronaire », Ser-

vice de M. le Prof. LENÈGRE, Paris, 1968 (20 minutes).

— Dîner cocktail offert par les Laboratoires DAUSSE, à l' « Hôtel Hilton ».

MERCREDI 29 OCTOBRE :

9 h. : Conférence de M. le Prof. agr. J. LANGLOIS sur : « La chirurgie des embolies pulmonaires ».

10 h. : Table ronde présidée par M. le Prof. agr. H. BEN AYED sur : « Prévention et traitement des principales maladies endémo-épidémiques transmises par les eaux polluées » avec la participation notamment de MM. les Drs Sadok BEN RACHID, Mustapha BEN SALEM, Aly CHARRAD.

11 h. : Conférence de M. le Docteur H. LE BRIGAND sur : « L'état actuel de la chirurgie des cancers du poumon ».

15 h. 30 : Table ronde présidée par M. le Docteur H. LE BRIGAND sur la « Chirurgie thoracique » avec la participation notamment de M. le Prof. Mark WOLCOTT, Pennsylvania University; de M. le Prof. agr. Z. ESSAFI et des Drs B. EL GHARBI et Saïd MESTIRI.

Soirée : Dîner offert par Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales en l'honneur des participants, à l' « Hôtel de la Baie des Singes » (Gammarth).

CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

COMMUNIQUE

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie communique :

A la suite des inondations qui ont ravagé une grande partie de la Tunisie, le Conseil de l'Ordre a ouvert une souscription auprès de tous les confrères.

La somme recueillie s'est élevée à DEUX MILLE DINARS et a été versée à Monsieur le Président du Croissant Rouge Tunisien.

Le Président, au nom du Conseil de l'Ordre, remercie chaleureusement tous les médecins qui ont bien voulu apporter leur contribution à ce geste de solidarité.

Le Président,
Dr Tahar ZAOUCHE.

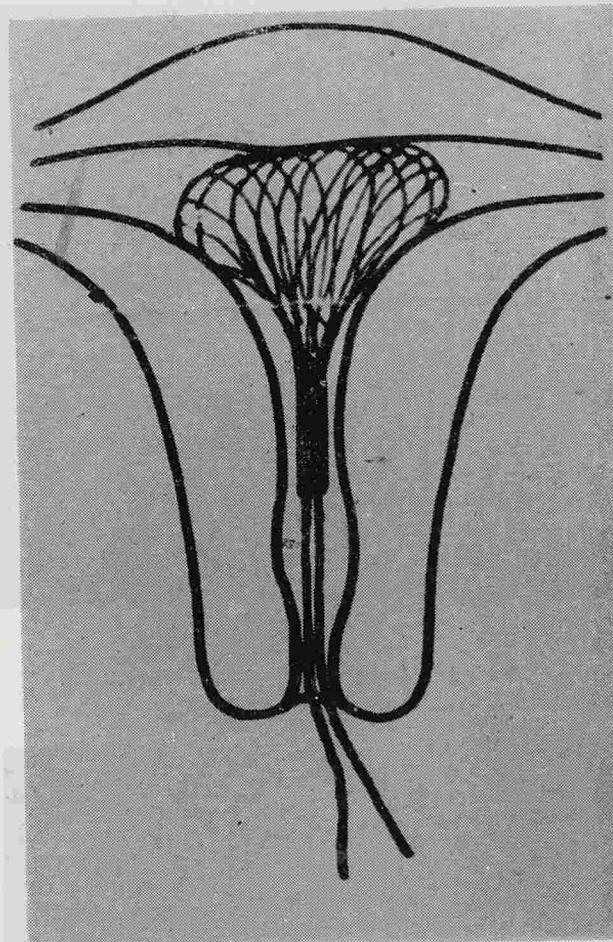


FIG. 1

Contraceptif intra-utérin type « COROLLE »



FIG. 2

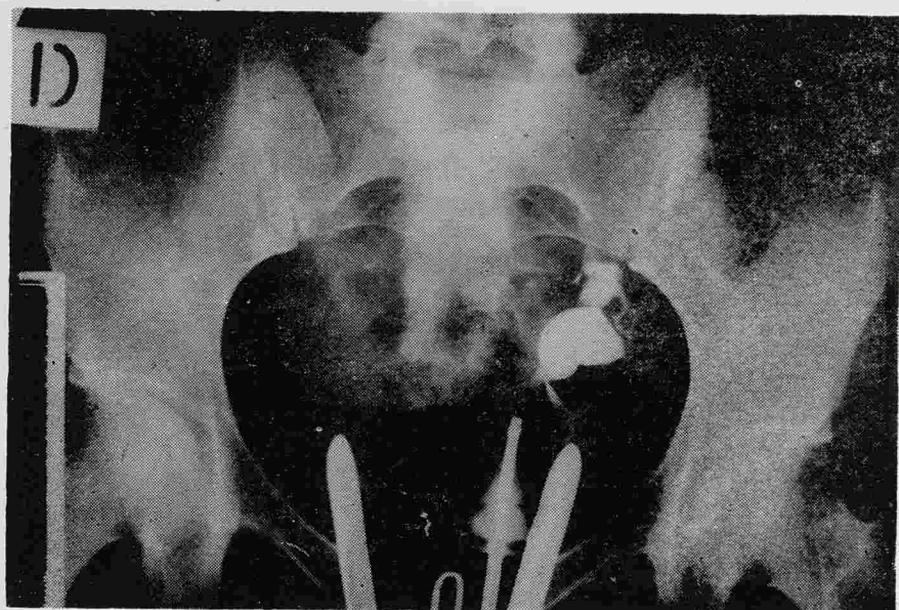


FIG. 3

Cavité utérine gauche absolument indépendante de la cavité droite.

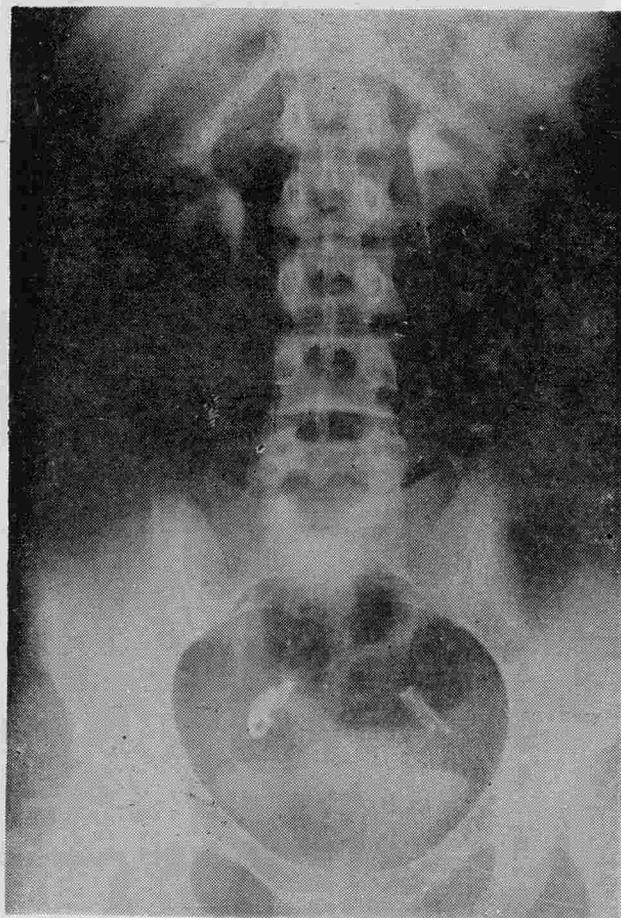


FIG. 4

L'urogramme ne montre pas de malformations.

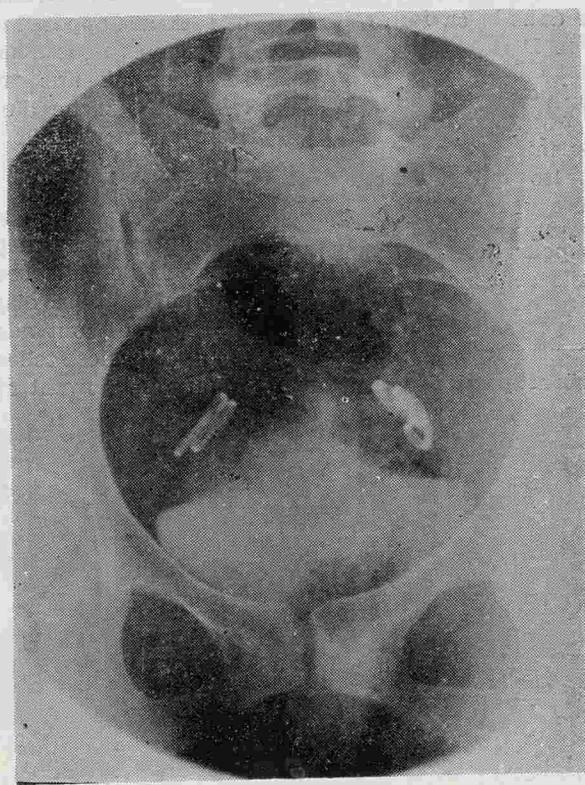


FIG. 5

— Vessie opacifiée lors de l'urographie
— on voit les 2 stérilets



FIG. 6

Les 3/4 droit et gauche réalisés lors de l'urographie
Vue latérale des stérilets.

METRULENE, le retour de couches survient enfin le 8 avril. Le 15, nous insérons dans la cavité droite une boucle de LIPPES du type D.

Son problème contraceptif enfin résolu avec deux boucles de LIPPES, « A » à gauche et « D » à droite, Mme F... accepte de faire faire, en juin 1969, l'Urographie intra-veineuse qui ne montre aucune malformation de l'arbre urinaire.

Avec un recul de 9 mois pour l'un et 7 mois pour l'autre, les deux appareils sont actuellement en place et bien tolérés.

Cette observation semble montrer que la contraception par dispositif intra-utérin est possible dans les

malformations utérines par bifidité, mais n'est efficace que si un appareil est placé dans chaque hémimatrice, et nous avons le souvenir d'une autre observation où une grossesse s'est développée dans la corne gauche d'un utérus cloisonné corporé, alors qu'une spirale était en place dans la corne droite.

Cette méthode peut cependant rencontrer des difficultés, mais qui peuvent être surmontées, pour peu que l'on dispose de différentes formes et de différentes tailles d'appareils, afin de pouvoir choisir ceux qui sont adaptés à chaque cas. Les solutions radicales telles qu'une ligature de trompe unilatérale doivent rester d'exception.

RHUMATALGIES

pommade DEXTRARINE PHÉNYLBUTAZONE

phénylbutazone.....	4 g
sulfate de dextrane	2 g
excipient pénétrant q.s.p.	100 g

une ou plusieurs applications par jour
contre-indications : ulcères, eczémas

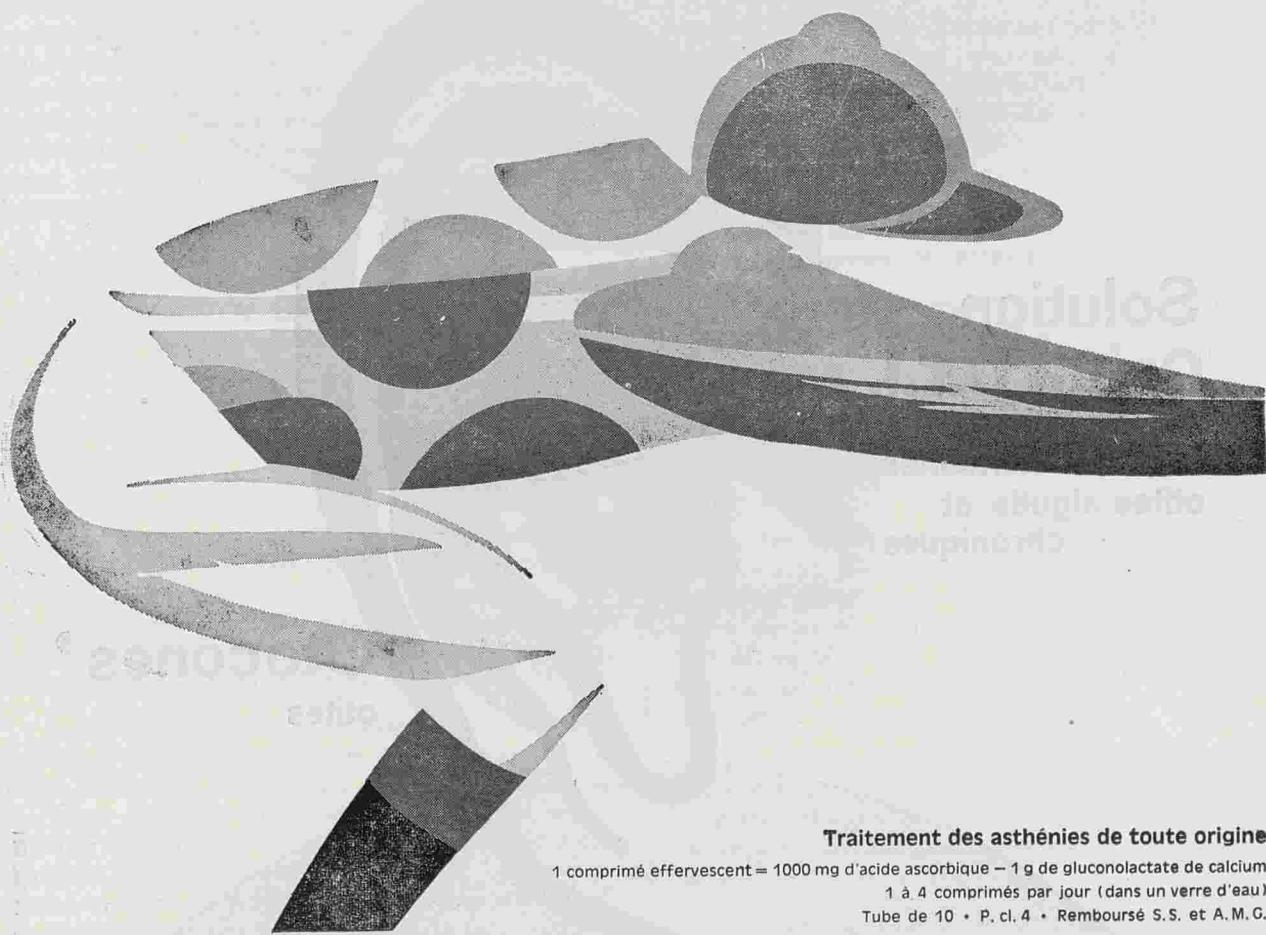
visa 466.20.052

tubes de 60 et 20 g - prix : 17,00 f et 7,20 f - remb. s.s. - tableau C

égic

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE S.A. B.P. 172 • 45 - MONTARGIS, FRANCE

Ca C1000 SANDOZ



Traitement des asthénies de toute origine

1 comprimé effervescent = 1000 mg d'acide ascorbique - 1 g de gluconolactate de calcium
1 à 4 comprimés par jour (dans un verre d'eau)
Tube de 10 • P. cl. 4 • Remboursé S.S. et A.M.G.

UNE RECHARGE DYNAMISANTE SOUTENUE ET ÉQUILIBRÉE

Nouvelle Adresse

14, boulevard Richelieu — 92-Rueil-Malmaison

Téléphone : 967-79-20 - 967-77-20



antibiothérapie locale de sécurité

BACICOLINE®

COLISTINE (colimycine R. Bellon) + chloramphénicol + hydrocortisone

Solution
Ophta O.r.l.
conjonctivites
bactériennes
otites aiguës et
chroniques



Otocones®
otites

Flacon de 5 ml. - S. S. P. Cl. 8 - Tabl. A - 3 à 8 instillations par 24 h.
Boîte de 12 otocones - S. S. P. Cl. 7 - Tabl. A - 1 ou 2 otocones par 24 h.



63 - Clermont-Ferrand

Régression étonnante d'une tumeur pelvienne de l'enfant par la chimiothérapie anticancéreuse

par André CORCOS et Slaheddine FATTOUM

On ne peut qu'être frappé, quand habituellement les tumeurs malignes de l'enfant évoluent rapidement vers la mort, d'en voir une volumineuse, s'accompagnant d'ascite sanguine et de pleurésie hémorragique, régresser sous l'influence d'un traitement médical jusqu'à l'apparence d'une guérison complète.

OBSERVATION.

Mlle Zina B..., 12 ans, originaire de Hammam Gabès, entre dans le service le 3 mars 1967, envoyée de l'Hôpital de Gabès où elle a été hospitalisée, pendant un mois, avec le diagnostic de tumeur maligne abdominale (lymphosarcome ? lymphogranulome ?).

Le début de la maladie remontait à un mois par de la fièvre, une augmentation progressive du volume de l'abdomen témoignant d'une ascite, ininterrompue puisqu'elle a nécessité une dizaine de ponctions en un mois. La rapidité de reproduction de l'ascite et le mauvais état général de l'enfant la font envoyer d'urgence dans le service.

A l'entrée, l'état de la malade est effroyable : cachexie à un stade très avancé, joues creuses, yeux cernés, donnaient l'impression d'une issue fatale à très brève échéance. De l'abdomen globuleux sourdait, par deux orifices de ponction, du liquide sanguinolent. Après ponction évacuatrice, on sent à gauche une grosse masse, des dimensions d'un gros pamplemousse, irrégulière, comblant la fosse iliaque gauche et remontant vers le flanc.

Au point de vue pulmonaire, on trouve une matité à gauche. On ne put retirer que quelques centimètres cubes de liquide, sanguin lui aussi, dont l'examen (Institut Pasteur de Tunis, Dr BURGEOT) donna les résultats suivants. Liquide pleural : *Cytologie* : présence de quelques hématies, de rares leucocytes et d'assez nombreuses cellules endothéliales. Ces cellules se présentent, soit isolées, soit en placards, souvent volumineux. Elles sont

souvent volumineuses, certaines sont en voie de désagrégation, d'autres ont un rapport nucléoplasmique inversé. Le noyau est volumineux et présente un ou plusieurs nucléoles importants, d'autres noyaux se présentent en mottes. Le cytoplasme est le plus souvent réduit et peu homogène, il présente parfois des corps d'inclusions. Ces cellules peuvent être des cellules en souffrance ou des cellules très suspectes (P. BURGEOT).

Cette malade fut mise tout d'abord à la *delta-cortisone* (15 mg par jour) et à l'*endoxan* I.V. (50 mg quotidiens).

L'ascite dut être ponctionnée à trois reprises, le 7 mars (50 cc de liquide sanguin), le 18 mars (2 litres de liquide citrin), le 24 mars (2 litres de liquide citrin).

Si les deux orifices de ponction se sont progressivement fermés, par contre la masse tumorale ne paraît pas avoir diminué de volume. C'est alors qu'on décide d'adoindre au traitement initial du VELBE en perfusion intra-veineuse dans du sérum glucosé, en injectant le produit dans la tubulure après avoir fait passer 50 cc de sérum.

Le VELBE a été injecté au rythme d'une fois par semaine, toujours après contrôle de la formule sanguine, blanche en particulier. Les G.B., à 7.100 au départ, ne sont jamais descendus au-dessous de 3.500.

L'enfant a reçu, le 18 avril (1/2 ampoule), le 4 mai (3/4 d'ampoule), le 15 mai (une ampoule entière), ainsi que le 24 et le 31 mai, soit en tout 6 injections, totalisant 55 mg de VELBE.

Très rapidement, on assiste à une diminution de volume de la masse, qui passe des dimensions d'un pamplemousse à celles d'une mandarine, d'une noix, d'une noisette qu'on retrouve difficilement à la palpation profonde de la fosse iliaque gauche, jusqu'à disparaître complètement. S'agissait-il d'une tumeur ovarienne ?

Parallèlement, l'état général se transforme radicalement; l'enfant grossit et, à la sortie de l'hôpital, le 18 juin, elle a toutes les apparences d'une excellente santé.

Ne revoyant pas la malade, nous finissons par retrouver sa trace 4 mois plus tard. Nous avons appris qu'elle venait de mourir chez elle, après avoir refait de l'ascite.

COMMENTAIRES.

Le tableau clinique, la grosse masse abdominale, l'ascite sanguine rapidement renouvelée, la pleurésie hémorragique, tout plaïait pour une tu-

meur pelvienne maligne, dont nous n'avons pas su l'origine exacte.

Si nous avons eu l'impression que la Delta-cortisone a quelque peu « désenflammé » la tumeur et a aidé à la restauration de l'état général, que l'Endoxan en a stabilisé l'évolution, la régression authentique, qui a été une fonte rapide, n'a été obtenue que par la vincablastine, alcaloïde de la pervenche, qui nous a semblé d'une extraordinaire activité dans cette tumeur cliniquement maligne de l'enfant. Ce succès, encore qu'il ne fut qu'une rémission de 4 mois, n'en reste pas moins impressionnant et encourageant.

N° 6

Nov.-Déc. 1969

المجلة الطبية التونسية

LA TUNISIE MEDICALE

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

18, Rue de Russie — TUNIS — Tél. 245.067

Secrétaire de Rédaction
Néjib MOURALI

Reproduction interdite — Tous droits réservés pour tous pays

Imprimerie Bascone & Muscat - Tunis

L'IncoCine

(chlorhydrate de lincomycine monohydraté)

antibiotique nouveau

singulièrement actif sur les cocci Gram +

INDICATIONS

infections aiguës, chroniques ou récidivantes à Gram +, en particulier à staphylocoques, pneumocoques, streptocoques.

PRÉSENTATION

Injectable :

1 ampoule de 2 ml contenant 600 mg de lincomycine base
- formule centésimale :
lincomycine base (sous forme de chlorhydrate monohydraté) 30 g
alcool benzylique 0,945 g
eau distillée Q.S.P. 100 ml
P. Cl. 7 - Tab. C - Remb. S.S.

gélules :

flacon de 4 gélules contenant chacune 500 mg de lincomycine base.
- formule :
lincomycine base (sous forme de chlorhydrate monohydraté) 500 mg
excipient Q.S.P. 1 gélule
P. Cl. 11 - Tab. C - Remb. S.S.

POSÉLOGIE

intra - musculaire

adulte : 600 à 1200 mg/24 h
enfant : 10 à 20 mg/kg/24 h

intra - veineuse en perfusion exclusivement

adulte : 1200 à 1800 mg/24 h
enfant : 10 à 20 mg/kg/24 h

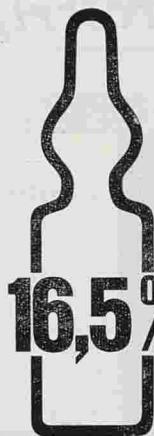
voie orale :

adulte : 1500 à 2000 mg
(soit 3 à 4 gélules) par 24 h
enfant : 30 à 60 mg/kg/24 h

(les gélules seront absorbées de préférence loin des repas, une heure avant ou deux heures après).

LABORATOIRES **Upjohn** 1 PLACE D'ESTIENNE D'ORVES PARIS (9^e) 744-63-59

Ref 360.2



**16,5 % GAMMA-GLOBULINES
DIAMANT**

DIAMMAGLOBULINES

Prévention de la rougeole, de la rubéole, de l'hépatite à virus.

**TraITEMENT des infections bactériennes sévères, chroniques
ou récidivantes, en complément de l'antibiothérapie.**

Etats allergiques (asthme, eczéma) et ulcères gastro-duodénaux.

Hypogammaglobulinémie ou agammaglobulinémie.

composition

Gamma-globulines humaines polyvalentes
d'origine placentaire en solution à 16,5 %:

présentation

16,5 %	Ampoule de 2 ml	prix 31,15	remboursé
	Ampoule de 4 ml	prix 56,70	S.S. 90 %
	Ampoule de 10 ml	prix 137,20	

Conservation à + 4° environ.

posologie moyenne

50 mg/kg de poids corporel, soit environ :

		Nourrissons		Enfants		Adultes		
		6 kg	12 kg	20 kg	30 kg	40 kg	60 kg	80 kg
		2 ml	4 ml	6 ml	10 ml	12 ml	20 ml	26 ml

Voie intra-musculaire stricte.



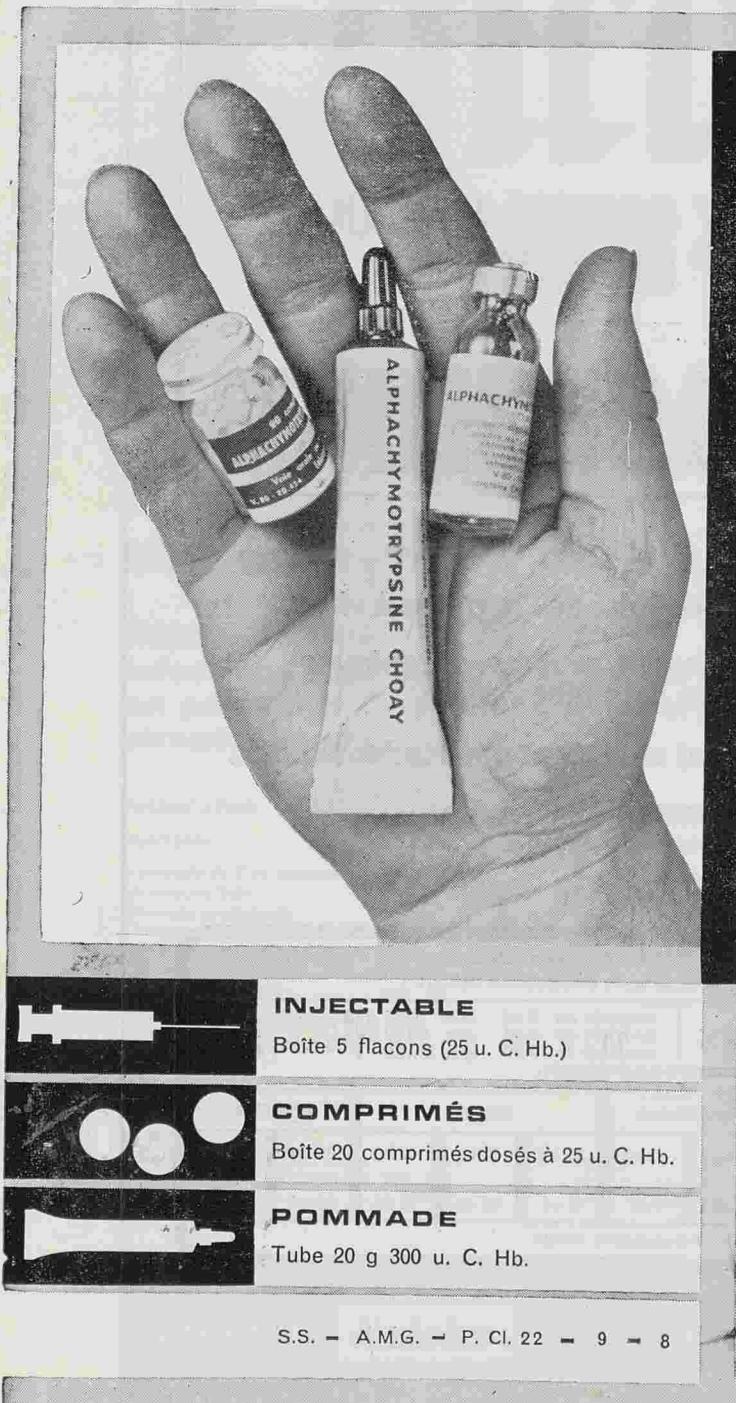
LABORATOIRES DIAMANT

3, avenue du Général de Gaulle
92-PUTEAUX
Tél. 772.12.12

d'emblee ...

ALPHACHYMOTRYPSINE CHOAY

anti-inflammatoire de prescription quotidienne



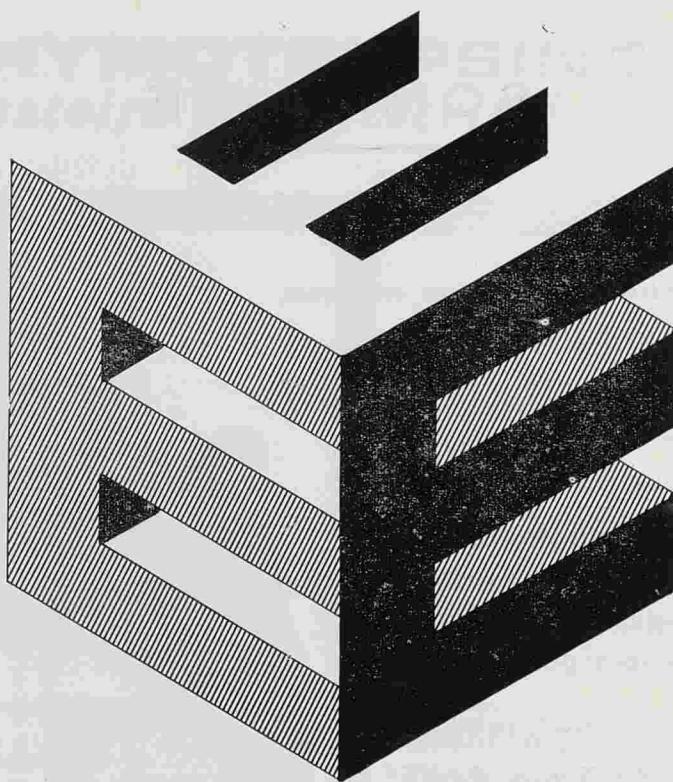
Traumatologie
Chirurgie générale
Chirurgie plastique et réparatrice
Gynécologie-obstétrique
O.R.L.
Broncho-pneumologie
Gastro-entérologie
Phlébologie
Rhumatologie

POSOLOGIE :

Voie intramusculaire (25 à 50 u. C. Hb. par jour).
Voies sublinguale et orale (5 à 8 comprimés par jour).
Voie percutanée (3 à 4 applications quotidiennes).

SOMMAIRE

	PAGES
— <i>Tumeurs et syndromes endocriniens ectopiques,</i> par Rafik BOUKHRIS	383
— <i>Histoire du choléra épidémique en Tunisie,</i> par F. ARNOULET	399
— <i>Cardiopathies congénitales opérées à cœur ouvert,</i> par M. FOURATI	411
— <i>Hydatidose osseuse. Aspects radiologiques,</i> par MM. A. KAMOUN et K. TOCHEV	415
— <i>L'artériographie selective du tronc coeliaque dans les kystes hydatiques de la rate,</i> par A. KAMOUN, H. AYARI, M. FOURATI et K. TOCHEV	425
— <i>Coliques néphrétiques répétées dues à une compression urétérale par l'artère rénale,</i> par MM. A. KAMOUN, A. CHARRAD, M. AZAIZ et K. TOCHEV	431
Société Algérienne de Pneumo-Phtisiologie	435
INFORMATIONS : 20 ^e Semaine de Psychothérapie de Lindau	437



5 mg

une dimension nouvelle
dans la thérapeutique orale
du diabète

EUGLUCAN

glibenclamide

- normalise la courbe glycémique
- 1 seule prise quotidienne
- s'élimine en 24 heures

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI

Débuter le traitement avec 1/2 ou 1 comprimé en une prise, au moment du repas principal et adapter les doses en fonction de l'équilibre glucidique obtenu.

- **Tolérance parfaite**

CONTRE-INDICATIONS

Celles des hypoglycémiants oraux

PRÉSENTATIONS

Comprimés dosés à 5 mg de Glibenclamide

Boîte de 20 comprimés sécables. Prix : F 15,80 + SHP "A" P.C.A. 25.660

Boîte de 100 comprimés sécables - Prix : F 69,70 + SHP "A" P.C.A. 25.660

Tableau A - S.S. Remb. 90% - Collectivités - Visa NL 5513

LABORATOIRES PHARTEC 97, Rue de Vaugirard PARIS 6^e

DIVISION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE ROUSSEL
35 Bd des Invalides - PARIS VII^e

AGENCE TUNISIENNE DE DIFFUSION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
41, Rue Nahas-Pacha - TUNIS



Tumeurs et syndromes endocriniens ectopiques

par Rafik BOUKHRIS(*)

INTRODUCTION

Depuis quelques années, et avec l'amélioration rapide des moyens d'investigation, une branche nouvelle s'est créée en Endocrinologie et est en train de prendre de plus en plus d'ampleur : il s'agit des Syndromes Endocriniens dits Ectopiques. Ces syndromes sont dus à des hormones sécrétées par des néoplasmes d'organes qui ne sécrètent pas normalement cette ou ces hormones.

La réalisation de l'existence de ces syndromes est essentielle pour le médecin à plusieurs points de vue :

1) Cela permet d'expliquer plusieurs tableaux cliniques, associés à certains néoplasmes, qui étaient jusqu'à très récemment incompris, et donc de les traiter. Ainsi, dans le cas de l'entité appelée maintenant « Pseudohyperparathyroïdisme » on sait que certaines tumeurs sécrètent de la Parathormone (ou une hormone immunologiquement semblable). Ces malades font une hypercalcémie, parfois très marquée, et cela en dehors de toutes métastases osseuses. Beaucoup des symptômes neurologiques qu'on observait chez ces malades et qu'on attribuait « aux métastases cérébrales » sont en fait dus à l'hypercalcémie, qui une fois traitée, voit ces symptômes disparaître. Le coma hypercalcémique est beaucoup plus fréquent qu'on ne le réalise : 10 % des cancers du sein meurent d'hypercalcémie, par exemple (1).

2) Cela permet et a permis dans plusieurs cas de faire le diagnostic d'un processus néoplasique

jusqu'à trois ans avant l'identification du cancer occulte.

3) Cette production ectopique d'hormones par des cancers d'organe différents, éclairent d'un nouveau jour le processus néoplasique et ouvrent de nouvelles voies de recherches. En effet, par exemple pourquoi un cancer primaire du foie se mettrait-il soudainement à fabriquer de l'hormone parathyroïdienne ?

Dans la discussion qui va suivre des différents Syndromes endocriniens d'origine cancéreuse, il est question non pas d'analyser tous ces syndromes, mais d'ébaucher une tentative de classification très temporaire, dans la mesure où de nouveaux apparaissent tous les jours dans la littérature mondiale, et ensuite d'attirer l'attention sur les plus importants d'entre eux, pour permettre leur reconnaissance précoce et leur traitement.

REVUE DE QUELQUES SYNDROMES IMPORTANTS :

I — INSULINE ECTOPIQUE ET HYPOGLYCEMIE :

L'hypoglycémie associée à des tumeurs non pancréatiques a été décrite pour la première fois en 1929 par Nadler (2) chez un malade qui avait un hépatome et une hypoglycémie sévère. Depuis, de très nombreux cas ont été publiés dans la littérature médicale mondiale, pourtant l'étiologie de l'hypoglycémie demeure assez discutée. Certains l'ont attribuée à une utilisation accrue du glucose par la tumeur, d'autres à la sécrétion d'un inhibiteur de l'insulinase, etc..., mais il semble de plus en plus certain actuellement qu'elle est due à la sécrétion par la tumeur d'une insuline ectopique.

A) ETIOLOGIE

Les tumeurs produisant ce syndrome se divisent en quatre groupes :

(*) Ancien résident en Médecine Interne du Centre Hospitalo-Universitaire George Washington.

Actuellement, Fellow en Endocrinologie et en Médecine de l'Université George Washington et Attaché de Recherche au Service des Maladies Métaboliques du Veterans Administration Hospital, Washington, D.C.

CLASSIFICATION DES DIFFÉRENTES
HORMONES ECTOPIQUES

DIFFÉRENTES HORMONES PRODUITES PAR LES TUMEURS

TABLEAU 1

1 ^o	Insuline	Syndrome produit	Hypoglycémie
2 ^o	Glucagon	»	Hyperglycémie
3 ^o	H. Corticotrope (ACTH)	»	Cushing
4 ^o	H. de croissance (GH)	»	Ostéoarthropathie Hypertrophiante (OAH) ?
5 ^o	H. Mélanotrope (MSH)	»	Hyperpigmentation
6 ^o	H. Thyréotrope (TSH)	»	Hyperthyroidisme
7 ^o	H. Gonadotropes (FSH) (LH)	»	a) Puberté précoce (Enfant) b) Gynécomastie c) OAH et Hippocratisme digital ?
8 ^o	H. Antidiurétique (ADH)	»	Hyponatrémie
9 ^o	H. Parathyroïdienne (PTH)	»	« Pseudohyperparathyroidisme » : Hypercalcémie
10 ^o	« Stérols » (Vit. D like)	»	Hypercalcémie
11 ^o	Erythropoïétine	»	Polycythémie
12 ^o	Carcinoides	»	S. Vasomoteurs
13 ^o	Kinines vasomotrices a) Sérotoniné b) Bradykinine c) Kallikreine	»	S. Vasomoteurs
14 ^o	Gastrine	»	Zollinger-Ellison
15 ^o	Syndromes associés aux cancers et d'origine endocrinienne probable a) Acanthosis Nigricans b) Dermatomyosite c) Myasthénie du cancer du poumon d) Dégénérescence cérébelleuse e) Ostéoarthropathie hypertrophiante f) « Cholera pancréatique » ?		
16 ^o	Syndromes polyhormonaux ectopiques.		

(? = relation encore très discutée)

1) **Tumeurs mésothéliales**, rétropéritonéales ou thoraciques; ce groupe est le plus important. Il comprend habituellement des tumeurs volumineuses (jusqu'à 9 kgs), de croissance lente; certaines sont bénignes. Du point de vue histologique, elles ont été décrites comme mésothéliomes, fibrosarcomes, fibromes, rhabdomyosarcomes, neurofibromes etc...

2) **Hépatomes malins** : jusqu'à 30 % d'entre eux s'accompagne d'hypoglycémie.

3) **Cancers Gastro-intestinaux** : Estomac, colon, canaux biliaires.

4) **Cancers des Surrénales** : (certains d'entre eux sont hypersécrétants du point de vue stéroïdes surrénaux).

B) PATHOGENIE.

Plusieurs chercheurs ont trouvé de l'insuline (ou une substance pareille) dans ces tumeurs, utilisant les dosages biologiques (3), d'autres l'ont mesurée dans le plasma, utilisant les méthodes biologiques mais aussi radioimmunologiques (4) et (5), mais cela n'a pas été confirmé dans toutes les publications. Berson et Yalow, à qui on doit la découverte de la méthode radioimmunologique ont suggéré (4) que ces tumeurs pourraient produire des substances qui stimuleraient le pancréas à produire de l'insuline. Deux de leurs cas de cancer mésothélial n'avaient pas une élévation de l'insuline dans le sang veineux sortant de la tumeur, mais par contre elle était très élevée dans la veine pancréatique.

C) DIAGNOSTIC.

Il suffit ici de dire que ces malades présentent les symptômes classiques de l'hypoglycémie. Souvent, et malgré la taille importante de la tumeur, ils sont vus pour la première fois pour des symptômes liés à l'hypoglycémie, allant du coma hypoglycémique à une augmentation étonnante de l'appétit chez un malade jusque là anoréxique.

Les tests de laboratoire de valeur ici sont la glycémie à jeun (jeun de 48 à 72 heures), l'hyperglycémie provoquée, les tests au Glucagon, au Tolbutamide, et le test de sensibilité à la Leucine. Ces examens permettent de faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs des îlots de Langerhans.

D) TRAITEMENT.

1) Symptomatique :

- a) repas fréquents,
- b) glucose hypertonique par voie I.V.,
- c) glucocorticoïdes.

2) Chirurgie :

Plusieurs tumeurs ont été enlevées chirurgicalement et l'hypoglycémie corrigée complètement.

3) Radiothérapie et Chimiothérapie :

n'ont entraîné habituellement que des rémissions partielles ou temporaires.

4) Traitement médical au Diazoxide :

Comme pour les hypoglycémies dues à des tumeurs des îlots de Langerhans, ce médicament semble être ici aussi très prometteur dans le contrôle de l'hypoglycémie.

II. — ACTE ECTOPIQUE ET SYNDROME DE CUSHING

En 1928, quatre ans avant la description classique de Harvey Cushing, Brown (6) décrivit ce qu'il appela « Le diabète des femmes à barbe » : cancer du poumon à cellules indifférenciées, avec hirsutisme, pigmentation, diabète et polycythémie. En 1931, Leyton (7) décrivait un cas de maladie de maladie de Cushing chez un enfant de 11 ans qui avait un cancer du thymus. Depuis et de plus en plus fréquemment, on s'aperçoit que plusieurs non endocrinianes sont associées avec un syndrome de Cushing.

A) ETIOLOGIE

Surtout et par ordre de fréquence :

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1) Cancer (indifférencié) du poumon, | 80 % de
tous les cas. |
| 2) Cancer du Thymus, | |
| 3) Cancer du Pancréas, | |
- mais aussi :
- 4) Cancers de la Thyroïde, de l'ovaire, du testicule, du sein, de la prostate, de l'utérus, du rein, des glandes salivaires; en fait des cancers de toutes les glandes endocrines et les carcinoides peuvent donner ce syndrome (sauf les parathyroïdes dont les tumeurs n'ont pas encore été décrites avec ce syndrome).

B) PATHOGENIE.

L'ACTH a été isolé dans ces tumeurs par plusieurs chercheurs utilisant plusieurs méthodes, y compris la technique des anticorps fluorescents et plus récemment la méthode radioimmunologique.

C) DIAGNOSTIC.

Le tableau clinique de ces syndromes de Cushing ectopique est particulier à plusieurs points de vue :

Le début est en général rapide et l'existence du néoplasme connue déjà. Jusqu'à 50 % des cas ne présentent pas des signes cliniques classiques de Cushing. Cela est d'autant plus frappant que la sécrétion anormale de stéroïdes est plus élevée ici que dans le Cushing par hyperplasie bénigne des surrénales. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce phénomène, dont par exemple « la rapidité d'installation » de la maladie qui ne permettrait pas aux signes cliniques d'avoir le temps de se manifester, ou bien encore le fait que dans ces Cushings ectopiques les 17 céstostéroïdes sont très élevés en comparaison avec le Cushing classique.

Un test de freinage au Dexaméthasone (2 mg/24 H.) négatif permettrait en principe de faire le diagnostic différentiel entre ce Syndrome de Cushing ectopique et un Cushing classique. A noter une exception ici, le syndrome de Cushing ectopique dû à des tumeurs carcinoides des bronches semble avoir une freinage au Dexaméthasone positive.

L'administration de Métopirone n'entraîne pas d'augmentation des corticoïdes urinaires ici, en opposition à ce qui se passe dans la maladie de Cushing (3).

D) TRAITEMENT.

1) La surrénalectomie apparaît comme le meilleur traitement quand, comme il est très souvent le cas on ne peut rien faire contre la tumeur primaire. Il y a une exception ici pour les tumeurs malignes du thymus, qui sont souvent localisées et des rémissions de 4 ans ont été vues après résection (8).

2) Le traitement au Métopirone semble avoir de bons résultats dans quelques cas (9).

E) PROGNOSTIC.

Très mauvais dans ces conditions, non seulement à cause de la malignité de la tumeur, mais aussi à cause de excès de corticoïdes.

III. — TSH ECTOPIQUE ET HYPERTHYROIDISME

Il semble que cette TSH ectopique n'est produite que par des tumeurs qui déjà sécrètent des Hormones Gonadotropes Chorioniques. Tisné est le premier à avoir une association entre tumeurs et hyperthyroïdisme (10). Cette association est rare mais particulière, en effet les cas publiés ont été en association uniquement avec des tumeurs produisant des hormones chorioniques gonadotropes.

A) ETIOLOGIE.

- 1) Choriocarcinomes;
- 2) Môles hydatiformes;
- 3) Cancer embryonnaire du testicule.

B) PATHOGENIE.

Quelques auteurs ont publié des études faites dans ce syndrome qui semblent montrer l'existence d'un taux élevé de TSH dans le plasma. D'autres ont découvert un taux élevé dans les tumeurs mêmes (11) et (12). Mais l'utilisation des méthodes radioimmunologiques de dosage n'a pas confirmé ces résultats (13). Il semble que seul le placenta peut produire une substance pareille à la TSH et qui soit mesurable par la méthode radioimmunologique.

C) DIAGNOSTIC.

Comme pour les syndromes de Cushing ectopiques, il semble qu'il y ait une dissociation entre les signes cliniques classiques rarement trouvés et les examens de laboratoire très élevés.

D) TRAITEMENT.

- 1) Les Antithyroidiens de synthèse.
- 2) Un traitement au Méthotrexate a amené une normalisation des examens de laboratoire.

VI. — HORMONES GONADOTROPES ECTOPIQUES

- 1) Syndrome de puberté précoce;
- 2) Gynécomastie;
- 3) Ostéoarthropathie Hypertrophante (OAH).

Cette entité de sécrétion ectopique des hormones gonadotropes prend de plus en plus d'importance, surtout en ce qui concerne sa relation avec le cancer du poumon.

C'est dans cet hôpital que les premiers cas ont été reconnus (14) par Fusco et Rosen, et ensuite par Becker (15) et Cottrell (16).

A) ETIOLOGIE

- 1) Cancer du poumon surtout;
- 2) Cancer du foie;
- 3) Cancer des surrénales;
- 4) Cancer indifférencié rétropéritonéal.

B) PATHOGENIE

Il a été prouvé par fluorescence (16) et d'une façon très élégante par Fairman (17) utilisant la méthode radioimmunologique, que ces syndromes sont dus à la production ectopique par la tumeur d'hormones Gonadotropes (FSH et LH).

C) DIAGNOSTIC.

Huguenin en 1954 (18) discutait de l'association « Syndrome » Cancer Broncho-Pulmonaire, périostite des os longs, gynécomastie. Depuis plusieurs autres auteurs ont décrit ce syndrome.

Le malade de Fairman (17) avait :

- le cancer pulmonaire;
- la gynécomastie;
- et l'OAH.

Le sang veineux du lit de la tumeur pulmonaire avait un taux très élevé d'Hormones Gonadotropes, qui stimulant les testicules, était à l'origine d'une augmentation marquée des Oestrogènes (œstradiol). Il semble maintenant de plus en plus sûr que la gynécomastie et l'OAH soient le résultat d'un excès d'œstradiol secondaire aux Hormones Gonadotropes ectopiques. Pour corroborer ce phénomène, il faut noter la publication de Cullen d'une malade qui avait une OAH et un Hippocratisme digital récidivant à chaque grossesse (19).

Il faut noter aussi le malade de Krant qui avait un cancer du poumon, un taux d'œstrogènes élevés, et une apparition simultanée de l'OAH et de multiples angiomes stellaires (attribués ici comme dans la cirrhose du foie à un excès d'œstrogènes) (20).

Donc devant un malade présentant de façon récente un ou plusieurs des signes suivants, il faudrait penser au cancer du poumon :

- 1) Gynécomastie;
- 2) OAH (avec douleurs articulaires et parfois périostite);

- 3) Angiomes stellaires;

- 4) Hippocratisme digital d'apparition récente, surtout s'il est douloureux.

Le laboratoire permet de confirmer la production excessive d'Hormones Gonadotropes et d'œstrogènes, et par ordre de sensibilité et de spécificité croissantes, les examens suivants peuvent être demandés :

- 1) Test de « grossesse » qui peut être parfois positif chez l'homme dans ces cas là : (Gravindex, Ortho Labs);
- 2) Dosage des H. Gonadotropes et des œstrogènes dans l'urine;
- 3) Dosage radioimmunologique des FSH et LH ainsi que de l'œstradiol plasmatique;
- 4) Dosage des H. Gonadotropes dans le lit veineux de la tumeur montrant l'élévation marquée dans le sang veineux tumoral par rapport au sang artériel.

D) TRAITEMENT.

Traitements de la tumeur produisant l'hormone ectopique. Plusieurs malades suivis par nous ont montré une régression spectaculaire de l'œstéarthropathie hypertrophante et de l'hippocratisme digital après chirurgie pour le cancer pulmonaire.

E) FORME SPECIALE DE L'ENFANT.

Chez l'enfant, ce sont surtout les tumeurs du foie qui sont à l'origine d'une production ectopique d'hormones Gonadotropes.

Le tableau clinique dans ces cas là comprend :

- 1) Prococité sexuelle isosexuelle;
- 2) Accélération de la croissance;
- 3) Accélération de la maturation squelettique.

Les testicules peuvent être de taille normale ou augmentés de volume, mais histologiquement ils montrent toujours une hyperplasie du tissu intersitiel.

V. — HORMONE ANTIDIURETIQUE ET HYponatremie :

En 1957 Schwartz (21) décrit deux malades avec un cancer broncho-pulmonaire « Chez lesquels une hyponatremie se développa par une incapacité inex-

pliquée du rein à conserver le sodium » et il créa le terme de sécrétion « non appropriée » d'Hormone Antidiuretique (ADH) « Inappropriate secretion of ADH » de la littérature anglo-saxonne.

A) ETIOLOGIE

1) Cancer du poumon, à cellules indifférenciées semble la cause la plus fréquente, mais aussi tuberculose pulmonaire et pneumonie.

2) Rarement :

- a) Tumeurs cérébrales (primaires et secondaires);
 - b) Meningite tuberculeuse;
 - c) Hémangioblastome Cérébelleux;
 - d) Adénomes Chromophobes;
 - e) Apoplexie cérébrale;
 - f) Trauma crânien.
- 3) Porphyrie aigue intermittente;
- 4) Myxœdème.

B) PATHOGENIE.

Il est prouvé par les dosages radioimmunologiques qu'effectivement il s'agit ici aussi de production d'une hormone ectopique, l'ADH ou une substance pareille, par le néoplasme

Cette sécrétion continue, entraîne une augmentation du volume plasmatique, ce qui cause une suppression de la sécrétion d'aldostéron et donc d'une perte de sodium. Le résultat essentiel est une Hyponatrémie due à :

- 1) la rétention d'eau (hyponatrémie dilutionnelle);
- 2) la perte de sodium (hyponatrémie par perte de sodium).

Cette Hyponatrémie caractérisée par un volume extra-cellulaire (VEC) accru, mais avec une fonction circulatoire (FC) normale s'oppose en cela aux deux autres grands types d'hyponatrémie :

TABLEAU 2

Causes majeures d'hyponatrémie. Selon Leaf (22) (modifié).

	Exemples	Signes	Traitement
Groupe I : VEC diminué FC diminuée	Diarrhée sévère. Insuffisance surrénnale. Acidocétose diabétique. Perte rénale de Na.	Déshydratation. Hémoconcentration. Peau prenant le pli. Hypotension. Oligurie.	Na + Eau
Groupe II : VEC augmenté FC diminuée	Insuffisance cardiaque. Insuffisance hépatique. Syndrome Néphrotique.	Œdèmes. Signes de maladie : — cardiaque; — hépatique. — rénale;	Spécifique
Groupe III : VEC augmenté FC normale	Excès d'ADH par sécrétion ectopique.	Pas d'œdème. Pas de maladie : — cardiaque; — hépatique. — rénale;	Restriction d'eau.

VEC = Volume Extra-Cellulaire.

FC = Fonction Circulatoire.

C) DIAGNOSTIC.

Signes d'hyponatrémie :

- 1) Désorientation.
- 2) Faiblesse, léthargie, et rarement convulsions.
- 3) Nausée.

Signes négatifs importants :

- 1) Pas d'hypotension.
- 2) Pas d'œdème.
- 3) Pas de déshydratation.
- 4) Pas d'urémie.

Le laboratoire montre les résultats suivants :

- 1) Hyponatrémie (Sodium inférieur à 136 mEq/L).
- 2) Osmolarité du sérum diminuée.
- 3) Hypernatriurie.
- 4) Osmolarité de l'urine augmentée (relativement à celle du sérum).
- 5) Une urée normale.

Donc en fait il faut penser à une sécrétion « non appropriée » d'ADH devant un malade dont le bilan cardiaque, rénal et hépatique est négatif, qui peut ne se plaindre que d'une vague faiblesse et qui a une hyponatrémie à des examens successifs.

D) TRAITEMENT.

- 1) Restriction d'eau, ne laissant le malade boire que environ 700 ml d'eau par 24 H.
- 2) En cas rétention très importante d'eau (intoxication à l'eau) une solution salée hypertonique par voie IV peut parfois aider.
- 3) Le traitement de la tumeur par irradiation, chirurgie ou chimiothérapie a entraîné parfois des rémissions partielles.

VI. — ERYTHROPOIETINE ECTOPIQUE ET POLYCYTHEMIE :

L'association entre polycythémie et cancer du rein est connue depuis 1929 (23). Depuis des cas très nombreux ont été publiés dans la littérature médicale.

A) ETIOLOGIE

- 1) Tumeurs rénales :
 - a) Cancer du rein, surtout HYPERNEPHROME mais aussi sarcome,
 - b) Adénome benin,
 - c) Maladie polykystique et kyste isolé.
- 2) Hydronephrose;
- 3) Hémangioblastome cérébelleux;
- 4) Fibromes utérins;
- 5) Hépatomes (24) (25);
- 6) Rarement : Cancers de la prostate, du poumon, de l'estomac, du sein, mélanome, phéochromocytome.

B) PATHOGENIE.

C'est en 1946 que pour la première fois Forssell (26) émit l'hypothèse que ces tumeurs sécrètent une substance qui serait la cause de la polycythémie associée.

A plusieurs reprises par la suite, une substance qui a des propriétés pareilles à l'érythropoïetine (ERP) a été isolée de ces tumeurs (24) (25). De plus, des taux plasmatiques élevés d'ERP ont été trouvés par plusieurs chercheurs.

C) DIAGNOSTIC.

Souvent découvert par une numération formule sanguine de routine ou par un hématocrite; il s'agit en fait beaucoup plus d'une érythrocytémie que d'une polycythémie : les globules rouges sont élevés mais les globules blancs et les plaquettes, le plus souvent ne le sont pas, en opposition à la polycythémie vraie. De plus il n'y a pas de splénomégalie. Il y a une augmentation véritable de la masse des globules rouges et non pas une diminution du volume plasmatique (et donc une augmentation relative de la masse des globules rouges) comme on le voit dans les polycythes de « Stress ».

D'autres causes de polycythes secondaires ne sont pas présentées, telles que maladie cardiaque congénitale, insuffisance pulmonaire et hypoventilation, etc...

D) TRAITEMENT.

- 1^o Chirurgie : quand la tumeur est complètement enlevée, on voit des rémissions prolongées. S'il n'y a eu que résection partielle, la rémission est transitoire.

2^o Le traitement avec le phosphore radioactif et autres agents inhibant la moelle ont eu peu de succès.

VII. — HYPERCALCEMIE ET HORMONES ECTOPIQUES :

1^o **PTH Ectopique « Pseudohyperparathyroidisme ».**

2^o **Stérols Ectopiques et Hypercalcémie.**
HYPERCALCEMIE :

Il faut noter tout d'abord que l'hypercalcémie est certainement l'anomalie métabolique la plus fréquemment associée aux maladies néoplasiques. Il semble qu'un malade sur dix atteint de cancer fera à un moment ou un autre de l'hypercalcémie. Comme il a été déjà dit plus haut, il a été évalué par exemple dans une série (1) que 10 % des cancers du sein meurent d'hypercalcémie.

Les causes d'hypercalcémie sont très nombreuses, mais sans doute les deux causes majeures sont par ordre d'importance :

- 1^o Les tumeurs cancéreuses;
- 2^o L'Hyperparathyroidisme.

Il est de bonne règle devant tout hypercalcémique chez qui on pense à un hyperparathyroidisme, et en fait devant tout hypercalcémique, de faire des investigations détaillées pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne occulte, sachant que statistiquement plus de 50 % de toutes les causes d'hypercalcémie sont dues à des néoplasmes. Le bilan de tout hypercalcémique doit comporter une évaluation pulmonaire, rénale et digestive au moins pour vérifier la possibilité d'un cancer occulte.

Cette hypercalcémie des tumeurs cancéreuses a été expliquée par ce qu'on appelle « les propriétés lytiques des métastases tumorales au niveau de l'os » qui entraînent une destruction et une résorption osseuse rapide et donc une hypercalcémie. Mais il semble que cela n'est pas la seule explication, car on sait maintenant que des « Stérols » et des « PTH like » substances sont produites par certaines tumeurs et causent une bonne partie de ces hypercalcémies tumorales.

A) ETIOLOGIE ET PATHOGENIE.

Une première théorie, presque abandonnée aujourd'hui, soutenait que l'hypercalcémie néoplasique

était due à une hyperplasie des parathyroïdes du malade par stimulation par une substance produite par la tumeur.

On pense par contre maintenant qu'une partie des hypercalcémies néoplasiques s'expliquent par :

1^o Sécrétion par la tumeur de stérols, ou substances analogues à la Vit. D qui causeraient l'hypercalcémie.

2^o Sécrétion par certaines tumeurs d'une hormone parathyroïdienne ectopique : « Pseudohyperparathyroidisme ».

3^o Sécrétion par certaines tumeurs de protéines anormales liées très intimement au calcium, entraînant une hypercalcémie par augmentation du calcium lié aux protéines. Cette théorie est encore au stade d'investigation par nous-mêmes et fera l'objet d'une autre publication.

1^o Sécrétion de Stérols :

a) Etiologie.

Ici la grande cause est le **Cancer du sein** :

Virchow (27) en 1855 notait déjà des calcifications métastatiques et un « ramollissement » des os dans le cancer du sein. 2/3 des cancers du sein métastasent aux os, et dans une grande série (1), 2/3 des hypercalcémies tumorales étaient dues au cancer du sein. Attribuée d'abord au traitement par les **Œstrogènes** et les **Androgènes**, on s'est aperçu par la suite qu'elle était aussi fréquente, sinon plus chez les malades non traitées.

b) Pathogénie.

Il est maintenant presque certain que les cellules néoplasiques du cancer du sein produisent des stérols (Stigmastérol, Campeustérol, Béta-Stérol) substances poches de la Vit. D, et qui seraient responsables de la production de l'hypercalcémie. Cela a été décrit par Gordian (28) et par la suite Brown (29) rapporta l'isolement par chromatographie de ces stérols dans 30 cancers du sein sur 31. Ces stérols ne furent isolés dans aucun tissu provenant de sein non néoplasique. Cet auteur a isolé aussi un enzyme dans les tissus néoplasiques qui synthétiseraient ces stérols à partir du squalène (précurseur normal du cycle du cholestérol).

2^o PTH Ectopique « Pseudohyperparathyroidisme » :

Une revue très complète de cette entité a été faite par Lafferty (30). Déjà en 1936, Gutman (31) notait déjà l'absence de métastases osseuses par radiographie et par autopsie chez un malade qui avait un cancer du poumon avec hypercalcémie, hypophosphatémie et des parathyroïdes normales à l'autopsie. Albright (32) en 1941, postulait déjà que certaines tumeurs avec hypercalcémie produisaient de la parathormone.

a) Etiologie.

Surtout (2/3 des cas) :

- 1) Cancer du poumon (spinocellulaire);
- 2) Cancer du rein (Hypernéphrome);
mais aussi :
- 3) Cancer de la vessie et du pénis;
- 4) Cancer de l'ovaire, de l'utérus et de la vulve;
- 5) Cancer de l'œsophage et du colon;
- 6) Cancer du foie et du pancréas;
- 7) Lymphosarcome;
- 8) Maladie de Hodgkin.

b) Pathogénie.

C'est Tashjian (33) qui en 1964 montra l'existence d'une substance dans les extraits de tumeurs qui était immunologiquement pareille à la parathormone. Goldberg (34) publie en 1964 un cas de cancer du rein produisant cette PTH ectopique, simulant un hyperparathyroidisme primaire.

Ensuite, utilisant la méthode radioimmunologique, Berson et Yalow (35) en 1966 montrèrent l'existence d'un taux élevé d'une substance immunologiquement semblable à la PTH dans la tumeur et le plasma de certains malades. Sherwood (36) en 1967 montra chez un cancéreux hypercalcémique, par la même méthode, l'existence d'un taux très élevé de PTH.

Il semble donc prouvé aujourd'hui que des tumeurs peuvent produire de la PTH (ou une substance pareille « PTH-like ») et produire des syndromes d'hypercalcémie. Cette entité a été appelée « Pseudohyperparathyroidisme » par Fry (37).

c) Diagnostic.

Le pseudohyperparathyroidisme a plusieurs traits en commun avec le vrai hyperparathyroidisme que

nous passerons, et certains traits qui le diffèrent, dont les plus importants sont les suivants :

Il s'agit le plus souvent d'un sujet âgé, de sexe masculin, avec des symptômes d'apparition récente, et presque toujours une perte de poids importante.

Le calcium sanguin est habituellement plus élevé que dans l'hyperparathyroidisme vrai et dépasse habituellement 14 mg/100 ml. De plus très souvent ces malades sont très anémiques.

Les phosphates alcalines dépassent très souvent 16 unités (KA) sans évidence de métastases osseuses radiologiques, ce qui est rarement vu dans l'hyperparathyroidisme vrai.

Alors que le plus souvent les vrais hyperparathyroidismes ont des chlorures sanguins de plus de 102 mEq/L (38), ici ils sont très fréquemment au dessous.

Les radiographies osseuses ne montrent que très rarement les signes classiques d'hyperparathyroidisme alors qu'on les voit dans 30 % des cas de vrai hyperparathyroidisme.

d) Traitement.

1^o de la tumeur (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie),

2^o de l'hypercalcémie (voir plus bas).

3^o Sécrétions de protéines anormales par la tumeur :

En opposition aux deux causes précédentes, définitivement établies il semble, cette troisième cause, que nous avançons nousmêmes, est encore en pleine investigation et fera l'objet d'une publication séparée.

Plusieurs chercheurs (39), (40) et (41) émirent l'hypothèse qu'il semble exister dans certaines conditions pathologiques une élévation du calcium lié et parfois hyperproteinémie et baisse du calcium libre.

D'autres chercheurs (42), (43) et (44) montrèrent que l'administration d'œstrogènes à des poulets entraînent l'apparition d'une Beta-globuline (43) ou d'une phospholipoprotéine (44) ayant une très grande affinité pour le calcium. En fait l'hypercalcémie est due à l'augmentation du calcium lié. Johnson en 1959 (45) utilisant le calcium radioactif et l'électrophorèse, a montré l'existence d'une

fraction dans la région des « préalbumines » qui a jusqu'à six fois l'affinité de l'albumine normale pour le calcium.

Nous sommes entrain d'évaluer trois malades avec une Hyperproteinémie et une Hypercalcémie associées. L'un d'entre eux a un hépatome avec un profil protéique anormal, comprenant une augmentation marquée des globulines alpha et gamma. Il a aussi présenté une globuline fœtale. Son calcium libre est normal.

Ces trois malades ont été hypercalcémiques à un moment ou un autre, et chaque fois l'hypercalcémie a fidélement suivi les variations successives de l'hyperproteinémie donnant des courbes parallèles en gros. Les investigations pour les autres causes d'hypercalcémie ont été négatives. Ces malades sont entrain d'être étudiés plus complètement.

Nous basant sur ces données, nous émettons l'idée préliminaire que, alors que dans la majorité des cas d'hyperproteinémie dues à des causes variables il n'y a pas d'hypercalcémie concomitantes, dans certains cas à cause de la production d'une protéine « à haute affinité » pour le calcium, il puisse exister un « syndrome d'hypercalcémie par hyperproteinémie ».

B) DIAGNOSTIC DES HYPERCALCEMIES.

Il est très important de reconnaître les signes de l'hypercalcémie, dans la mesure où on peut la traiter efficacement aujourd'hui et en ce faisant, prolonger la vie de très nombreux malades.

Les signes cliniques d'hypercalcémie se rapportent en gros aux effets de l'excès de calcium sur quatre organes différents : le système nerveux, le système cardiovasculaire, le système digestif et le système urinaire.

1^o Signes nerveux :

A cause du trouble général de l'activité électrique, ces signes se manifestent par des changements de l'EEG :

- a) somnolence, désorientation,
- b) lassitude par diminution de l'excitabilité neuro-musculaire,
- c) précoma et puis coma, avec parfois convulsions.

2^o Signes cardiovasculaires :

- a) parfois hypertension (46),

- b) parfois mort par arrêt cardiaque,
- c) changements fréquents de l'ECG.

L'ECG est très important ici et montre des signes relativement spécifiques :

- raccourcissement de l'intervalle QT (47).
- aplatissement de l'onde T et parfois de P.

Le segment QT contenant l'onde T, les changements de cette dernière pouvant altérer l'exacuité de la lecture de ce segment. Il est donc plus spécifique d'apprécier l'hypercalcémie en mesurant l'intervalle compris entre le début de Q et le début de T (QdT) et quand il est corrigé pour la fréquence cardiaque on obtient la vraie mesure de l'intervalle QT qu'on exprime : (Q — dTc). Chez l'individu normal il est entre 0,20 à 0,25. L'hypercalcémie donne un raccourcissement de Q — dTc et cette relation est linéaire jusqu'à un calcium de 18 mg/100 ml, ce qui permet en suivant l'ECG d'avoir une idée de l'hypercalcémie.

3^o Signes digestifs :

- a) anoréxie,
- b) nausée et vomissement,
- c) constipation (parfois diarrhée très sévère).

A noter ici l'association possible avec :

- d) Ulcère du duodenum,
- e) Pancréatite (48).

4^o Signes urinaires :

L'hypercalcémie entraîne une imperméabilité des cellules des tubules rénaux, et une diminution de la réabsorption de sodium. Elle entraîne de même une augmentation de l'excrétion des ions H^+ ;

- a) Hyposthénurie (urine faiblement concentrée),
- b) Polyurie et polydipsie,
- c) Néphrocalcinose et calculs.

5^o L'examen physique, à part les signes liés aux systèmes précédents, montre en plus un signe caractéristique : la Kératopathie calcique (49) qui est due à une déposition de calcium dans la cornée, surtout des bords médian et latéral, ce qui permet de la différencier de la kératopathie de sénilité.

6^o Le laboratoire montre :

- a) l'hypercalcémie,
- b) l'hypercalciurie.

- c) l'alcalose,
- d) l'hyposthénurie (non corrigée par l'hormone antidiuretique),
- e) l'hypokaliémie.

C) TRAITEMENT DE L'HYPERCALCEMIE.

Ce traitement peut être divisé en trois parties :

1^o Traitement général :

- a) corriger l'hypovolémie
- b) corriger l'hypokaliémie.

2^o Traiter la cause primaire :

- a) tumeur : chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie.

b) Autres causes : traitement spécifiques.

3^o Traiter l'hypercalcémie per se :

- a) Diminuer l'absorption intestinale de calcium :

— par le Phytate de sodium,

— par le Phosphate de cellulose (50),

— par les corticoides qui en effet diminuent l'absorption de calcium, mais agissent surtout au niveau des os.

b) Augmenter l'excrétion rénale de calcium :

— par administration de Sulfate de sodium I.V. (51),

— par administration d'acide éthacrynone et de Furosémide qui semblent donner de bons résultats.

c) Augmenter la déposition de calcium dans les os ce qui est l'approche la plus physiologique :

— par les Corticoides :

Qui semblent augmenter aussi bien la formation osseuse que la résorption, mais cette dernière a un degré moindre (52). Si ce qui précède est vrai, il faudrait reviser la vraie pathogénie de l'ostéoporose cortisonique. Il n'en est pas moins vrai, dans l'expérience de beaucoup d'autres et dans la nôtre, que les corticoides font baisser certaines hypercalcémies. En fait, ceci est à la base d'un test différentiel entre hypercalcémies par hyperparathyroïdisme et par autres causes (53) (54) et (55). On pourrait peut-être postuler que l'action des corticoides serait différente, et peut-être même opposée, quand ils sont administrés à des malades normocalcémiques ou hypercalcémiques ?

— par la Thyrocalcitonine :

Hormone majeure du métabolisme calcique, avec la PTH et la Vit. D, elle est de découverte récente par Copp (56) en 1962, et est encore à l'étude dans plusieurs centres dont le nôtre. Son rôle majeur, en opposition à la parathormone, semble être de diminuer la résorption osseuse, mais peut être aussi la formation osseuse (57) à un degré moindre (24 % pour la diminution de la formation contre 68 % pour la diminution de la résorption). Ce qui fait que la Thyrocalcitonine demeure un médicament à grand potentiel dans le traitement de l'hypercalcémie, mais aussi d'autres maladies à remaniement osseux important et aigu, tels la maladie de Paget, l'ostéoporose (au stade actif et aigu et non pas chronique) etc...

— par les Phosphates Inorganiques :

Goldsmith (58) préconisa l'emploi des phosphates dans le traitement de l'hypercalcémie. Tout en sachant que l'administration rapide par voie intra-veineuse peut être dangereuse et parfois fatale (59) avec calcification rapide des reins, des poumons, de la rate, de la muqueuse gastrique et du myocarde, dans notre expérience et dans celles de beaucoup d'autres (60), (61) et (62), l'administration de 50 mg de phosphate inorganique sur une période d'au moins 8 heures a entraîné une amélioration nette, et souvent continue sur plusieurs jours, de l'hypercalcémie permettant alors l'emploi des phosphates par voie orale dans les jours qui suivent et souvent un contrôle efficace de l'hypercalcémie.

VIII. — SYNDROMES POLYHORMONIAUX

ECTOPIQUES :

Ce sont les cas où une seule tumeur produit plusieurs hormones ectopiques.

Liddle (63) publia plusieurs cas d'association polyhormonale : dans 37 cas de tumeurs sécrétant de l'ACTH, il trouva trois cas de syndrome polyhormonal :

- a) Un cancer du pancréas sécrétant : ACTH, MSH et Gastrine
- b) Un cancer du poumon sécrétant : ACTH et ADH.
- c) Un cancer du poumon sécrétant : ACTH et PTH.

O'Neal (64) publia six cas de syndrome polyhormonal; dans les six cas la tumeur produisait de l'ACTH, mais il y avait des associations variables avec les autres hormones suivantes : Gastrine, Mélanotropine, Norépinéphrine, Vasopressine, Sérotonine, Parathormone et Glucagon.

Les cancers du poumon sont parmi les tumeurs qui semblent avoir un grand potentiel à produire différentes hormones, résultant dans des syndromes cliniques compliqués. Ainsi il a été reporté dans la littérature que le cancer du poumon a produit jusqu'à présent les hormones suivantes : ACTH, MSH, PTH, Sérotonine, et peut être même de l'Insuline et du Glucagon (65). De même il y a une association fréquente entre ce cancer et un syndrome myasthénique, non sensible à la prostigmine, qui parfois précède l'apparition du cancer de plus en deux ans.

S'il y a un cancer dont la production d'hormones ectopiques est même plus polyvalente que le cancer du poumon, c'est bien le cancer du pancréas (des îlots de Langerhans). En effet il produit de l'Insuline, du Glucagon, de la Gastrine, de l'ACTH, de la MSH, de la Sérotonine, de la PTH, de l'ADH, et peut être une hormone non encore identifiée responsable du « Choléra Pancréatique » syndrome caractérisé par une tumeur du pancréas qui ne sécrète pas de Gastrine et associée à une diarrhée extrêmement sévère et de l'hypokaliémie. Il n'y a pas d'ulcère associé. (66).

Les Carcinoïdes aussi peuvent produire plusieurs hormones, ainsi les carcinoides gastro-intestinaux produisent de la Sérotonine, mais aussi des substances parentes et même de l'ACTH. Les carcinoides bronchiques peuvent sécréter de la Bradykynine, de l'Epinephrine, et de la Norépinéphrine.

Notons ici pour mémoire, certaines associations encore obscures par exemple celles entre les cancers, abdominaux surtout, et l'Acanthosis Nigricans, et l'association de certains cancers pulmonaires avec un syndrome de Dégénérescence cérébelleuse et de la Dermatomyosite avec certains néoplasmes.

Les syndromes endocriniens dus à la production d'hormones ectopiques par les néoplasmes sont maintenant reconnus comme étant une branche de plus en plus importante de l'Endocrinologie. Beaucoup de tableaux cliniques et de complications métaboliques associés aux cancers et méconnus jusqu'à très récemment sont maintenant expliqués et reconnus.

Ainsi les tumeurs peuvent donner des syndromes d'Hypoglycémie, d'Hyperglycémie, de Cushing, d'Hypercalcémie, d'Hyperthyroïdisme, d'Hyponatrémie, de Polycythémie, Puberté précoce, Gynécomastie, Hyperpigmentation, Zollinger-Ellison de syndromes vasomoteurs.

De plus les tumeurs sont probablement associées, par la production d'hormones, avec les syndromes suivants : Ostéoarthropathie hypertrophante et Hippocratisme digital acquis, Acanthosis Nigricans, Dermatomyosite, Myasthénie, Dégénérescence cérébelleuse, et le « Choléra pancréatique ».

La connaissance de ces syndromes est utile à trois points de vue :

1^o Diagnostiquer une complication subite chez un cancéreux qui est peut être « traitable » et donc permettre une survie parfois beaucoup plus longue; complications telles que l'hypercalcémie surtout, mais aussi l'hypoglycémie, l'hyponatrémie, etc...

2^o Devant certains tableaux cliniques et biologiques, on peut parfois diagnostiquer une tumeur bien avant toute manifestation locale clinique ou radiologique.

3^o Il n'en reste pas moins que le côté le plus fascinant est le suivant :

Pourquoi certaines tumeurs (et sûrement encore beaucoup d'autres non diagnostiquées jusqu'à présent) se mettent-elles à produire des hormones dont la sécrétion est d'habitude réservée à des glandes hautement spécialisées.

Les théories avancées jusqu'à présent ne sont pas satisfaisantes à notre point de vue :

a) Il ne peut s'agir d'un simple hasard où la synthèse chaotique de protéines par la tumeur aboutit par chance à la production de ces hormones.

b) La théorie selon laquelle il s'agirait de la perte par les cellules néoplasiques d'un mécanisme inhibiteur génétique avec expression d'une information génétique jusque là reprimée dans la cellule normale bien différenciée, est plus plausible. Mais alors parmi toutes les protéines codées génétiquement pourquoi précisément ces hormones ?

Plusieurs points demeurent encore obscurs, mais il est probable que les recherches qui ont lieu actuellement dans les différents aspects de ce problème, ne tarderont pas à aboutir.

BIBLIOGRAPHIE

- JESSIMAN A.G., EMERSON K., SHAH R.C. et MOORE F.D. — *Ann. Surg.*, 157 : 377 - 1963.
- NADLER W.H. et WOLFER J.A. — *Arch. Internal. Méd.*, 44 : 700 - 1929.
- LIPSETT M.B., ODELL W.D., ROSENBERG L.E. et WALDMANN T.A. — *Ann. Int. Méd.*, 61 : 733 - 1964.
- BERSON S.A. et YALOW R.S. — *Am. J. Méd.*, 31 : 874 - 1961.
- VOLPE R., EVANS J., CLARKE D.W., FORBATH N. et EHRLICH R. — *Am. J. Méd.*, 38 : 540 - 1965.
- BROWN W.H. — *Lancet*, 2 : 1022 - 1928.
- LEYTON O., TURNBULL H.M. et BRATTON A.B. — *J. Pathol. Bacteriol.*, 34 : 634 - 1931.
- ENGEL F.L. et KAHANA L. — *Am. J. Méd.*, 34 : 726 - 1963.
- COLL R., HORNEL I., KRAIEM Z., GAFNI J. — *Arch. Internal. Méd.*, 121 : 549 - 1968.
- TISNE L., BARZELLATO J. et STEVENSON C. *Bol. Soc. Chilena Obstet.*, p. 246 - 1955.
- ODELL W.D., BATES R.W., RIVLIN R.S., LIPSETT M.B. et HERTZ R. — *J. Clin. Endocrinol.*, 23 : 658 - 1963.
- STEIGBIGEL N.H., OPPENHEIM J.J., FISHMAN L.M. et CARBONE P.P. — *New Engl. J. Med.*, 271 : 345 - 1964.
- ODELL W.D., WILBER J.F. et PAUL W.E. — *J. Clin. Endocrinol.*, 25 : 1179 - 1965.
- FUSCO F.D. et ROSEN S.W. — *New Engl. J. Med.*, 275 : 507 - 1966.
- BECKER K.L., COTTRELL J., MOORE C.F., WINNACKER J.L., MATTHEWS M.J. et KATZ S. — *J. Clin. Endocrinol.*, 28 : 809 - 1968.
- COTTRELL J.C., BECKER K.L., MOORE C.F. — *Am. J. Clin. Path.*, 50 : 422 - 1968.
- FAIRMAN C., COLWELL J.A., RYAN R.J., HERSHMAN J.M. et SHIELDS T.W. — *New Engl. J. Med.*, 277 : 1395 - 1968.
- HUGUENIN R., FAUVET J., PIERART A. et DE LEOBARDY J. — *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 70 : 986 - 1954.
- CULLEN D.R. et MASKERY P.J.K. — *Lancet*, 2 : 473 - 1966.
- KRANT M.J. — *Arch. Internal. Méd.*, 115 : 464 - 1965.
- SCHWARTZ W.B., BENNETT W., CURELLOP S. et BARTTER F.C. — *Am. J. Méd.*, 23 : 529 - 1957.
- LEFAF A. — *New Engl. J. Med.*, 267 : 24-30 et 77-83 - 1962.
- BLISS T.L. — *Ann. Internal. Med.*, 2 : 1155 - 1929.
- NAKAO K. — *Amer. J. Med. Sci.*, 251 : 161 - 1966.
- SANTER M.A., WALDMANN T.A. et FALLON H.J. — *Arch. Intern. Med.*, 120 : 735 - 1967.
- FORSSELL J. — *Nord. Med.*, 30 : 1415 - 1946.
- VIRCHOW R. — *Arch. Pathol. Anat. Physiol.*, 8 : 103 - 1855.
- GORDAN G.S. et al. — *Trans. Ass. Am. Physicians*, 80 : 183 - 1967.
- BROWN R.L. — *J. Am. Med. Ass.*, 207 : 2203 - 1969.
- LAFFERTY F.W. — *Medicine*, 45 : 247 - 1966.
- GUTMAN A.B., TYSON T.L. et GUTMAN E.B. — *Arch. Intern. Med.*, 57 : 379 - 1936.
- Case records of the Massachusetts General Hospital. — *New Engl. J. Med.*, 255 : 789 - 1941.
- TASHJIAN A.H., LEVINE L., MUNSON P.L. — *J. Exp. Med.*, 119 : 467 - 1964.
- GOLDBERG M.F., TASHJIAN A.H., ORDER S.E. et DAMMIN G.J. — *Amer. J. Med.*, 36 : 805 - 1964.
- BERSON S.A. et YALOW R.E. — *Science*, 154 : 907 - 1966.
- SHERWOOD L.M. — *J. Clin. Endocrinol.*, 27 : 140 - 1967.
- FRY L. — *Brit. Med. J.*, 1 : 301 - 1962.
- WILLS M.R. et MC GOWAN G.K. — *Brit. Med. J.*, 1 : 1153 - 1964.
- RAWSON A.J. et SUNDERMAN F.W. — *J. Clin. Invest.*, 27 : 82 - 1948.
- HOPKINS T.R., CONNOR T.B. et HOWARD J.E. — *Johns Hopkins Hospital Bull.*, 93 : 249 - 1953.

41. LLOYD H.M., ROSE G.A. et SMEENK D. — *Clin. Scie.*, 22 : 353 - 1962.
42. MOORE D.M. — *Endocrinology*, 42 : 38 - 1948.
43. CLEGG R.E., ERICSON A.T., HEIN R.E., Mc FARLAND R.H. et LEONARD G.W. — *J. biol. chem.*, 219 : 447 - 1956.
44. URIST M.R., SCHJEIDE O.A. et Mc LEAN F.C. — *Endocrinology*, 63 : 570 - 1958.
45. JOHNSON P.C., SMITH W.O. et WULFF B. — *J. Appl. Physiol.*, 14 (5) : 859 - 1959.
46. EARLL J.M. et al. — *Ann. Intern. Med.*, 64 : 378 - 1966.
47. BRONSKY D., DUBIN A., KUSHMER D.S. et WALDSTEIN S.S. — *Amer. J. Cardiol.*, 7 : 840 - 1961.
48. MELTZER L. E., PALMON F.P., PAIK Y.K. et CUSTER R.P. — *Ann. Intern. Med.*, 57 : 1008 - 1962.
49. COGAN D.G., ALBRIGHT F. et BARTTER F. C. — *Arch. Ophthal.*, 40 : 624 - 1948.
50. PAK C.Y.C., WORTHMAN J., BENNET J., DE LEA C. et BARTTER F.C. — *J. Clin. Endocrin.*, 28 : 1829 - 1968.
51. CHAKMAKJIAN Z.H. et BETHUNE E. — *New Engl. J. Med.*, 275 : 862 - 1966.
52. LAZOR W.Z., ROSENBERG L. et CARBONE P. — *J. Clin. Invest.*, 42 : 1238 - 1963.
53. GWINUP G. et SAYLE B. — *Ann. Intern. Med.*, 55 : 1001 - 1961.
54. JACKSON W.P.U. — *Lancet*, 280 : 893 - 1961.
55. DENT C.E. — *Brit. Med. J.*, 2 : 1419 - 1962.
56. COPP D.H., CAMERON E.C., CHENEY B., GEORGÉ A., DAVIDSON F. et HENZE K. — *Endocrinology*, 70 : 638 - 1962.
57. BAYLINK D., MOREY E. et RICH C. — *Endocrinology*, 84 : 261 - 1969.
58. GOLDSMITH R.S. et INGBAR S.H. — *New England J. Med.*, 274 : 1 - 1966.
59. BREUR R.J. et LE BAUER J. — *J. Clin. Endocr.*, 27 : 695 - 1967.
60. LATIMER R.G., REES V.L. et PETERSON C. N. — *Am. J. Surg.*, 116 : 669 - 1968.
61. GOLDSSMITH R.S. et INGBAR S.H. — *Ann. Intern. Med.*, 67 : 463 - 1967.
62. THALASSINOS N., JOPLIN G.F. — *Brit. Med. J.*, 4 : 14 - 1968.
63. LIDDLE G.W., GIVENS J.P., NICHOLSON W. E., ISLAND D.P. — *Cancer Res.*, 25 : 1057 - 1965.
64. O'NEAL L.W., KIPNIS D.M., LUSE S.A., LACY P.E. et JARETT L. — *Cancer*, 21 : 1219 - 1968.
65. UNGER R.H., LOCHNER J. DE V., EISENTRAUT A.M. — *J. Clin. Endocr.*, 24 : 823 - 1964.
66. MATSUMOTO K.K. — *Gastro Enterology* 50 : 231 - 1966.

RHUMATALGIES

pommade DEXTRARINE PHÉNYLBUTAZONE

phénylbutazone..... 4 g
sulfate de dextrane..... 2 g
excipient pénétrant q.s.p. 100 g

une ou plusieurs applications par jour
contre-indications : ulcères, eczémas

visa 466.20.052

tubes de 60 et 20 g - prix : 17,00 f et 7,20 f • remb. s.s. - tableau e



L'ÉQUILIBRE BILOGIQUE S.A.

B.P. 172 • 45 - MONTARGIS, FRANCE

cyclomycétine

Sarbach



**DRAGÉES
et
GRANULÉ
pour sirop**

**COUVRE TOUTE LA
PATHOLOGIE
INFECTIONNÉE
QUOTIDIENNE**

un spectre
particulièrement large
un puissant effet
de synergie
des taux sanguins
rapidement élevés
une bonne tolérance
générale et intestinale
une solution pratique au
problème de la résistance
microbienne

6446 F

	1 comprimé drageifié	1 cuiller-mesure
Tétracycline base	125 mg	31,25 mg
Chloramphénicol	125 mg	31,25 mg
Vitamine B1	2 mg	0,5 mg
Vitamine B2	2 mg	0,5 mg
Vitamine PP	12 mg	3 mg
Vitamine B4	1 mg	0,25 mg
Vitamine B5	4 mg	1 mg
Vitamine B6	2 mg	0,5 mg
Vitamine B12	2 microg	0,5 microg
Acide citrique	45 mg	11,25 mg
Citrate de sodium	123 mg	30,75 mg
Excipient	0,5	Q.S.

INDICATIONS
Toutes infections à germes sensibles
CONTRE-INDICATIONS
Cyclomycétine partage les contre-indications générales de ses constituants principaux : tétracycline et chloramphénicol.

Adultes et grands enfants :
1 drageée par 10 kg de poids et par 24 heures
Enfants et nourrissons :
2 cuillères-mesure par 5 kg de poids et par 24 heures

complexe antibiotique majeur PER OS

Tétracycline - Chloramphénicol - Ion citrique - Groupe vitaminique B

DRAGÉES BOÎTE DE 20 Prix Public: 20,40 F. VISA n° NL 144

GRANULÉ POUR SIROP FLACON pour 120 ml de sirop Prix Public: 14,30 F. VISA n° NL 435

Remboursé par la Sécurité Sociale
et agréé par l'A.M.G. - TABLEAU C

Sarbach

CHATILLON-SUR-CHALARONNE - (Ain)
Tél. 17-24-25-35-36



CortiK

chlorure de potassium

deltacortisone

ascorbate de potassium

6446 C

le premier delta-corticoïde "équilibré"

- **Deltacortisone** réalise une corticothérapie intégrale
- **Ascorbate de potassium** préserve le potentiel de la surrénale
- **Chlorure de potassium** assure l'équilibre électrolytique

Formule :

Delta 1, dehydrocortisone	cinq milligr.
Ascorbaté de potassium	0,152 g
Chlorure de potassium	0,187 g
pour un comprimé	

soit, pour cinq milligrammes
de Deltacortisone :

Acide ascorbique	0,125 g
Potassium	0,125 g

Indications : Affections rhumatismales, inflammatoires, allergiques.

Contre-indications : celles de la Prednisone et du Potassium, notamment : ulcère digestif - hypertension artérielle - diabète - troubles psychiques - hyperkaliémie - insuffisance rénale.

Posologie : ADULTES ET ENFANTS

Traitements d'attaque, un comprimé par 5 kg de poids et par 24 h.
Traitement d'entretien, 1/4 à 1/2 dose.

Présentation : Flacon de 30 comprimés.

Remboursé par la Sécurité Sociale et agréé par l'A.M.G. B.S.M. 2189 M

LABORATOIRES

Prix Public : 17,55 F. VISA n° NL 2044

Sarbach

01 / Châtillon/s/Chalaronne - Tél. 17-24-25-35-36.

Histoire du choléra épidémique en Tunisie

par François ARNOULET

Le choléra morbus ou choléra asiatique, connu dans les pays du monde arabe sous le nom de « *duba* » ou encore de « *bou chellal* » (père la colique) ou « *bou-glib* » (renverse à terre) a pour berceau les régions arrosées par le Gange et le Brahmapoutre. On admet généralement à la suite d'un rapport célèbre de Briquet à l'Académie de Médecine en 1867 que cette affection n'a franchi la frontière des Indes et plus spécialement de l'Inde sous tutelle anglaise qu'à partir de 1820.

D'endémie qu'elle était dans ce pays, elle a donné lieu jusqu'à nos jours à 9 pandémies dont la dernière remonte à 1947 si l'on excepte quelques poussées sporadiques.

Quant aux soi-disantes épidémies antérieures au 19^e siècle et rapportées par des nombreux commentateurs et historiographes, il faut les considérer comme des pseudo-choléras, telle cette affection qui ravagea Carthage en 396 avant J.-C., et dont les dieux de Syracuse furent accusés, tel encore le trousse-galant du Moyen-Age.

Depuis toujours, il était admis que cette maladie était d'une contagiosité extrême, l'élément contaminateur avant la découverte de Koch en 1883 était appelé tantôt miasme, tantôt pourriture, tantôt constitution cosmo-tellurique.

La position de la Tunisie au milieu du bassin méditerranéen, la présence de deux fronts maritime et terrestre, la rendait de ce fait très vulnérable à toute flambée épidémique venant du Nord ou de l'Est. Le pèlerinage annuel à La Mecque a souvent été le vecteur naturel et le point de liaison entre les populations asiatiques et arabes pour la propagation du choléra.

CHAPITRE I

LES ÉPIDÉMIES ANTERIEURES AU PROTECTORAT DANS LA RÉGENCE DE TUNIS

1^o L'épidémie de 1836-1837.

Cette première épidémie n'a point surpris la Tunisie. Depuis 1831 déjà, le choléra sévissait à

Alexandrie, il avait fait son apparition en 1832 en France et particulièrement à Paris. En 1834, il faisait rage à Tripoli d'une part, à Oran d'autre part. En 1835, c'est Marseille qui est envahie par l'affection. Aussi, dès septembre 1831, des mesures rigoureuses avaient été prises. La Régence obligeait à une quarantaine de 20 jours tous les bâtiments venant des zones infectées, puis, cette quarantaine fut ramenée à 10 jours et enfin à 5 jours en 1837.

C'est le 24 septembre 1835 que fut créé pour la première fois auprès du Bey de Tunis un Conseil Sanitaire, il comprenait les consuls de toutes les puissances, le Gouverneur de La Goulette : Sidi Mohamed, le médecin-chef du Bey : le Docteur Morel. Chaque membre était président à tour de rôle et prenait le titre de « président semainier ». Ce Conseil était tout spécialement chargé de prendre les mesures sanitaires à l'égard de tout bateau en provenance de l'étranger, le Gouverneur de La Goulette était chargé de l'exécution. Mais la Tunisie ne possédait aucun lazaret, elle n'en possèdera d'ailleurs pas avant 1868.

C'est le 11 février 1836 que le Conseil de Santé est saisi des premiers cas de choléra qui éclate à l'intérieur de la Régence, dans la région de Gafsa. A la suite d'un rapport établi par le médecin du Bey, il s'avéra que la maladie a été importée par les Hadjis revenant de La Mecque par le Sud-Tunisien.

Le début de l'épidémie fut marqué par des formes très légères, purement diarrhéiques, mais rapidement les cas devinrent mortels; il est difficile de donner un chiffre de la morbidité et de la mortalité vu que, d'une part le Sud de la Régence ne possérait aucun médecin et que d'autre part une épidémie de peste éclata en même temps. Toujours est-il que le choléra resta localisé au Sud de Sfax et s'éteignit en août 1837 après avoir présenté des réveils successifs. A cette même époque, il disparaissait aussi du département de Constantine.

2^o L'épidémie de 1849-1850 fut très bénigne par rapport à celle de 1856, elle se localisa surtout à

Bizerte où il y eut quelques cas, une dizaine officiellement, et à Tunis où l'on arriva à enregistrer jusqu'à 100 et 120 décès par jour (juillet 1850). Les Conseils Sanitaires se plaignent du mauvais état d'hygiène de la ville, réclament la fermeture des égouts, leur meilleur écoulement, la nécessité d'un lazaret toujours promis, mais non encore construit. S'il est difficile, durant cette seconde épidémie, de donner des chiffres approximatifs, vu que là encore nous manquons de documents écrits par des médecins, disons cependant qu'en 1849 ce fut surtout la population juive qui fut atteinte, alors qu'en 1850 le mal sévit parmi les Arabes et les Européens. Notons qu'au printemps de 1850 les tribus tunisiennes de la région de Tebessa furent atteintes et contribuèrent à l'extension de l'affection en Algérie.

Si le choléra s'éteint rapidement dès octobre 1850 dans la Régence, il continue à faire des victimes en Egypte, puis à Marseille en 1851. Les mesures de quarantaine sont donc conservées et restent à 5 jours. En 1855, le Bey décide d'établir un lazaret aux îles Coniglières en face de Monastir, sur la côte est. Le 27 juillet 1856, des cas sont signalés à Djerba et à Sousse, les pèlerins revenant par le Sud sont accusés de cette importation; en effet, la Canée, Alexandrie, le golfe de Benghazi sont déci-més par l'épidémie. C'est le 6 août 1856 que trois cas sont signalés à Tunis parmi les Juifs fuyant Sousse, ce sont d'ailleurs des formes très bénignes. Mais rapidement la quantité de malades augmentent en même temps que l'affection devient de plus en plus grave. On signale à Tunis 15 décès par jour, les Juifs continuent à être les plus atteints, puis Musulmans et Chrétiens sont eux aussi terrassés. Au 15 août, on compte 200 à 250 décès par jour. Le mois de septembre amène une décroissance nette à 30 ou 40 décès par jour. On peut pratiquement dire que le 3 octobre, le choléra a disparu de Tunis, et du Sud de la Régence, par contre, il s'est étendu vers Béja, Bizerte, le Kef et Mateur. Signalons que, durant toute cette épidémie, aucun décès n'a été noté chez les Français résidents.

On estime qu'il y a eu 6.500 décès à Tunis du 19 juillet au 15 septembre dont :

130 Chrétiens;
2.500 Juifs, soit le 1/13 de la population tunisoise;
4.000 Musulmans.

Le Docteur Cotton, qui fit à cette époque, une étude assez approfondie, fait jouer à la chaleur, particulièrement élevée cette année-là, un rôle important et note qu'un bon signe de fin d'épidémie est

la réapparition d'autres affections, telles surtout les fièvres intermittentes et typhoïdes.

3° L'épidémie de 1867.

En 1853, la Tunisie crut qu'elle allait être de nouveau le théâtre du choléra; une épidémie mal étiquetée y sévit surtout parmi la population juive où Mestre, sans préciser, insista sur le rôle de la chaleur qui pousse à consommer des fruits non mûrs et beaucoup de boissons et sur le rôle des miasmes, entendant par miasmes les émanations du corps de l'homme vivant, sain et surtout malade. Commentant abondamment l'influence de ces effluves, il distingue deux sortes de miasmes : les miasmes délétères qui agissent par intoxication et les miasmes contagieux qui agissent par reproduction. Il ajoute d'ailleurs que, si cette épidémie est du choléra, il y a peu à craindre, car c'est une maladie infectieuse, mais non contagieuse et cite à ce propos force exemples. Il donne quelques observations et montre le rôle des prédispositions individuelles : celle la femme avant et après l'accouchement, telles les maladies antérieures, telles les boissons alcooliques, les commotions physiques et morales.

En fait c'est en 1865 que le choléra fait une apparition typique et rapide dans le Djerid (Sud tunisien) et surtout en 1867.

L'épidémie de 1867 débute au mois d'avril et s'étendit sur 30 mois. Elle fut bénigne; on ne nota que des cas isolés; à la période d'acmé, on atteignit 18 à 25 décès par jour. À Tunis, il semble que l'importation fut maritime, venant de Marseille, Malte, et l'Italie tout à la fois, car le choléra y sévissait partout avec la même violence. Pour Ferrini, le choléra pénétra par la Calle dès l'été 1866, ainsi que par Galaat-el-andelouss; puis il se propagea par voie terrestre à Bizerte qui fut atteint en mai 1867, cependant, dès le 16 avril, le premier cas éclatait à Tunis. En fait, la capitale ne fut vraiment atteinte qu'au mois de juin et si Bizerte était abandonnée par l'épidémie dès juillet, ce ne sera que vers le 5 août que Tunis sera délivrée. Le choléra va alors s'enfoncer dans le centre de la Régence. Il s'étend d'une part vers Béja, le Kef et l'Algérie, d'autre part vers le Sahel et le Djerid. Notons à Sousse, le décès par choléra du vice-consul français, M. Espina.

Pour Ferrini, médecin du Bey, le rôle de l'insalubrité et du manque d'hygiène est peu marqué, seule la constitution cosmopolitaine règle la marche

de l'affection, il est d'ailleurs très vague sur cette « constitution commo-tellurique », de même que sur l'importance qu'il attribue à l'atteinte des nerfs de la vie organique. Il schématise l'épidémie de la manière suivante à Tunis : augmentation du 26 juin au 9 juillet, puis diminution du 12 au 17 juillet et reprise enfin du 18 au 22 juillet; le 22 juillet serait le point culminant de l'invasion tant pour la morbidité que pour la mortalité. Le 26 août marque la fin de l'épidémie. Il insiste sur la diarrhée prémonitoire sans douleur ni ténèse, avec courbatures plutôt thoraciques qu'abdominales. Il décrit une forme de choléra qui sévit surtout à Hammamet où 1/5 de la population fut atteinte, c'est le choléra sec, sans diarrhée ni vomissement. Pour lui le médicament de base est le calomel en injections sous-cutanées et par la bouche; il prescrit l'opium qui est dangereux à cause de l'accoutumance, il cite aussi au passage l'acide phénique *per os* et par voie parentérale ainsi que le sulfate de soude ou de magnésie, donnant à ces deux dernières thérapeutiques un rôle surtout prophylactique. Décrivant la convalescence, il y note de l'hébétude, de la fatigue musculaire, en un mot un aspect typhoïdique. Pour lui la convalescence est longue, il subsiste longtemps de l'inappétence, des coliques, de la diarrhée, parfois de la dyspepsie, de l'œdème des extrémités inférieures d'origine rénale, de la furonculose. Il termine par un tableau comparatif portant sur 21 guérisons (à partir de 44 cas qu'il a soignés) se répartissant en :

- 11 guérisons par injections s. c. de calomel;
- 4 guérisons par injections s. c. d'acide phénique;
- 4 guérisons par le calomel *per os*;
- 2 guérisons par injections s. c. de sulfate de soude

Nunez-Vaïs qui, en 1885 fit sur l'épidémie de 1867 une étude clinique insiste sur trois points :

- l'augmentation de l'excrétion biliaire durant la maladie;
- la physionomie apathique du cholérique;
- la possibilité de rechute chez les cholériques anciens.

Quant à la thérapeutique, il est d'avis comme Ferrini d'abandonner l'opium, mais, s'il vante le calomel, il insiste sur le rôle des purgatifs et en particulier de l'huile de ricin. Pour lui le calomel crée une véritable « révulsion biliaire ». Il ajoute à ce tableau les vésicatoires, les sinapismes, les frictions alcoolisées. La diète sera observée, diète hydrique avec infusion de camomille. Il cite aussi la rhubarbe,

l'émeticque. Une seule chose compte, dit-il, c'est la diarrhée. A cette même époque, une thèse paraissant à Paris, sur le choléra, conseillait, du point de vue thérapeutique, le sous-nitrate de bismuth contre les diarrhées et les vomissements, les frictions ammoniacales térébenthinées contre les crampes et la nécessité de faire boire abondamment le malade.

La Régence n'avait d'ailleurs pas été prise au dépourvu lors de cette épidémie; dès 1866, elle avait fixé un lieu de quarantaine pour les navires en provenance des lieux infectés, c'était l'îlot de Zembra qui s'avéra d'ailleurs rapidement impraticable par mauvais temps pour l'accostage des navires : une quarantaine de trente jours y était imposée aux marchandises comme aux passagers.

CHAPITRE II

LES ÉPIDÉMIES POSTERIEURES AU PROTECTORAT

1^o L'épidémie de 1885.

Il est très difficile de dire si l'épidémie a pénétré en Tunisie par la voie maritime ou par la voie terrestre. Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que la Tripolitaine et l'Egypte furent les foyers de départ et que les pèlerins revenant de La Mecque ont été les vecteurs principaux. Dès le 22 septembre 1885, le Conseil Sanitaire, avant même le début de l'invasion de la Régence, avait pris vis-à-vis des Hadjis des mesures rigoureuses : quarantaine de cinq jours à Zembra, réservant le lazaret de Carthage pour les autres voyageurs.

Les deux premiers cas furent signalés à La Goulette, l'un le 11, l'autre le 21 septembre, tous deux chez deux Juifs. C'est le 5 octobre que Tunis fut atteint et l'épidémie se maintint dans la capitale jusqu'au 13 décembre. On note 222 cas dont 161 décès, soit près de 75 % de mortalité. Suivant les différents groupes ethniques représentés à Tunis, on pouvait ainsi répartir l'épidémie :

	Cas	Décès
Musulmans	9	3
Israélites	213	144
Européens	8	6

Atteinte très marquée dans la population juive vis-à-vis des Musulmans et des Européens.

Nous avons trouvé, lors des recherches sur cette épidémie, un opuscule imprimé à Tunis en 1885 qui

s'intitule : « Le choléra et son traitement » et présente en exergue la plaquette suivante : « On ne meurt du choléra que lorsqu'on le veut ». Pour l'auteur, anonyme d'ailleurs, le choléra n'est ni contagieux, ni foudroyant. Tout l'art de guérir le cholérique consiste à le faire transpirer abondamment, d'où couverture, infusions chaudes et alcoolisées.

L'hygiène recommandée pour éviter le choléra est de ne point trop manger et trop boire d'alcool. A côté de cet aspect quelque peu charlatanesque du traitement de l'affection, la thérapeutique de fond est toujours la même depuis 1867, on y retrouve cette crainte de la morphine. Les médecins insistent beaucoup sur la désinfection des déjections avant leur enfouissement, soit avec du sulfate de cuivre ou de fer, soit avec du bi-chlorure de mercure ou de chlorure de zinc; quant à la lingerie, elle devra être détruite par le feu.

En somme, épidémie relativement bénigne, localisée à Tunis et à La Goulette.

2^e L'épidémie de 1893.

Ce qui caractérise cette épidémie, c'est sa principale localisation dans le Djérid. En effet, à Tunis, seul le quartier juif fut éprouvé de façon d'ailleurs très bénigne, puisqu'on compte 35 décès au mois d'octobre, 80 au mois de novembre, et 19 au mois de décembre, soit 134 victimes réparties en 7 ou 8 maisons. L'importation du choléra dans la Régence s'explique assez facilement. En juin 1893, l'affection était signalée dans le sud du département de Constantine et, en particulier, à Biskra. Or des caravanes de nomades empruntaient à cette époque d'une manière très fréquente la piste Biskra-Nefta, si bien que Nefta fut le premier village tunisien ravagé par le choléra. Notons également que juin-juillet était à l'époque du retour des pèlerins de La Mecque. En somme, caravanes arabes et Hadjis ont contribué tous deux dans une proportion difficile à établir à la propagation du vibron. C'est d'ailleurs la première fois que le bacille est mis en évidence en Tunisie à la suite de la découverte de Robert Koch grâce au Docteur Loir de l'Institut Bactériologique de Tunis qui, au cours de ses recherches, trouva également un microbe virgule dans l'eau de Zaghouan. Il est intéressant d'étudier quelque peu l'épidémie qui a sévi dans le Djérid, car nous possérons à ce sujet des documents.

Dès le 6 juillet 1893, le *Journal Officiel Tunisien* publiait un arrêté qui obligeait à la visite sanitaire les voyageurs et à la désinfection les marchandises

pénétrant par la frontière algéro-tunisienne au sud de Feriana. Le 8 juillet une caravane de 13 arabes arrivait à Nefta venant de Biskra; deux hommes du convoi étaient morts en route et leurs vêtements avaient été rapportés par leurs compagnons. Le 25 juillet, quatre décès suspects sont constatés à Nefta et un médecin envoyé d'urgence en cette localité trouva 70 cholériques. Le 4 août on signale l'apparition de la maladie à Tozeur, le 7 août à El-Hamma ainsi que dans les tribus des Ouled-Sidi-Abid, des Ouled Maamer et des Ouled-Blanc où le nombre des malades est impossible à fixer.

Ainsi on suit aisément cette progression Ouest-Sud-Est de l'épidémie. A Nefta, les cas augmentent du 19 au 23 juillet, puis décroissent à partir du 5 août, un orage le 6 août ayant provoqué une légère recrudescence, on peut dire que le 18 août le vibron cholérique a disparu. Ainsi l'acmé se situe le 25 juillet où on signale 22 décès et le 26 où on signale 26 décès; ce fut la partie basse de la ville (Alegma, Zebda) qui fut la plus atteinte. A Tozeur, le plus grand nombre de cas s'observe les 4 et 6 août; à Tébessa, le 8 août. Quant à El-Hamma, El-Oudiane et Kriz, ils ne totalisent à eux trois que 15 décès.

En somme on peut établir le tableau suivant :

	Cas	Décès	% Décès
Nefta (7 000 hab.)	200	98	49 %
Tozeur (7.000 hab.)	81	36	44 %
El-Hamma (500 ha.)	14	10	71 %

(El-Hamma est le village le plus misérable et le plus pauvre).

La caractéristique de cette épidémie fut sa rapide diffusion et sa faible intensité. Si la symptomatologie était habituelle, il faut noter la fréquence d'ascariases associées, les malades rejetant des vers lors de leurs vomissements. On signale, fait assez inhabituel, quantité de complications, telles que épistaxis, congestions pulmonaires fugaces, symptômes typhoïdes, délires, convulsions, état de mal épileptique, on signale aussi trois fausses-couches suivies de trois fièvres puerpérales, une parotidite double avec otite suppurée, des poussées furonculeuses, une éruption papulo-érythémateuse de type urticarien, de l'hypogalactie chez une nourrice. Un auteur insiste particulièrement sur les rechutes qu'il attribue, soit à la reprise trop rapide d'une alimentation trop abondante, soit à la consommation de fruits non mûrs.

Si l'on distinguait des cas foudroyants, graves et légers, un bon élément de pronostic qui frappe les médecins était la dilatation des pupilles. Au sujet du traitement, tous les documents sont unanimes à en indiquer la difficulté d'application sur de tels malades; on facilite l'emploi du thé et de la bourha, auxquels sont déjà enclins les Arabes, on déplore leur fatalisme et leur insouciance.

La prophylaxie, cependant, fut très rigoureuse, le sulfate de cuivre fut employé longuement à stériliser les vomissements, les déjections, le sol des chambres, les linge étaient plongés douze heures dans une solution de sublimé au 1/100; on désinfectait les pièces (si les portes fermaient), avec des vapeurs sulfureuses et le courrier était soumis à des vapeurs d'acide phénique, toute mare d'eau stagnante était comblée.

Un cordon sanitaire (de rôle illusoire, d'ailleurs, disent les auteurs) interdisait toute provenance algérienne, sauf par la route Kenchela à Houzia et toute sortie vers le Nord de la Tunisie, sauf sur la route Tozeur-Gafsa. Sur ces deux routes un poste de surveillance était établi. Un des auteurs conclut en expliquant l'extension à partir de Nefta vers Tozeur par les nombreuses liaisons commerciales qui unissent ces deux oasis, il insiste sur le rôle joué par les eaux de source qui sont à ciel ouvert sans protection. Il constate que les paludéens ont été les plus atteints, que les femmes furent deux fois plus atteintes que les hommes, que contrairement au Nord de la Tunisie, les Juifs ont été peu atteints (probablement par suite de leur vie plus hygiénique qu'à Tunis).

3^o L'épidémie de 1911.

La parfaite connaissance de cette épidémie nous est facilitée par de nombreuses études qui y ont été consacrées et, en particulier, par le mémoire d'Ernest Conseil.

Ce fut une épidémie localisée au Nord de la Tunisie, de moyenne intensité qui s'étendit de juillet à décembre 1911 (en dehors de neuf cas du 1^{er} au 4 janvier 1912).

L'origine de l'épidémie fut tripolitaine et juive. La surveillance maritime ayant été parfaite, le choléra tripolitain n'a pu se propager à la Tunisie que par voie de terre, et les vecteurs furent les fuyards israélites qui, par la frontière du sud, se dirigèrent vers Tunis où ils reçurent l'hospitalité dans le ghetto tunisois : la Hara. Le germe arriva ainsi à Tunis

vers octobre 1910, passa tout l'hiver sans se manifester pour se multiplier durant l'été 1911, cause favorable à son développement.

Du point de vue racial, l'épidémie, partie du milieu israélite, se répandit chez les Musulmans, puis les Italiens, les Anglo-Maltais et enfin chez les Français.

L'histoire de l'épidémie peut se résumer ainsi : le premier cas fut signalé par le Docteur E. Lévy le 25 juillet; il s'agissait d'un enfant de sept ans qui avait fui avec ses parents de Tripolitaine deux mois auparavant; son décès fut rapide après une courte période de diarrhée et de vomissements. Le 27 juillet, son père était atteint, toute la famille (43 suspects) sont isolés. Un troisième cas est signalé le 5 août chez un Israélite et le nombre des malades va augmenter rapidement jusqu'au 25 août, puis diminuer en ce qui concerne Tunis même; l'acmé de l'invasion s'étant manifesté entre le 15 et le 25 août, on notait le 19 août 19 cas en 24 heures.

Si le choléra disparaissait de la capitale, il s'abattait avec plus de brutalité encore sur le village de Ras-Tabia où il était importé par une femme indigène venant du quartier contaminé. De ce village de Ras-Tabia où le premier cas était signalé le 14 août, une femme arabe porteuse de germes s'en allait vers le lieu de pèlerinage de Sidi-Ali-el-Hattab où le 8 septembre l'épidémie éclatait. Ce point constitue alors le centre d'un rayonnement du choléra transporté par tous les pèlerins vers Zaghouan et Chaouat d'une part, Protville, La Cébala d'autre part, Tébourba, Souk-el-Khémis, Tébessa et l'Algérie enfin.

Puis, après un second arrêt dans ces localités, le choléra se perdit vers Sfax, Zarzis où il y eut quelques cas isolés. L'épidémie eut un dernier sursaut à Gabès, importé par des nomades arrivés du Nord par la piste directe Tunis-Gabès. Elle débute le 16 octobre pour s'éteindre le 25 décembre. Toujours à partir de Ras-Tabia et de Sidi-Ali-el-Hattab, le choléra suivit la côte et atteignit Ferryville du 25 septembre au 18 novembre, puis Bizerte durant à peu près les mêmes dates.

En dehors du transport direct d'homme à homme du bacille virgule, les rivières telles que la Medjerda et l'Oued Mellègue ont joué un rôle important dans la dissémination de la maladie, non tant par l'eau que par les berges qu'utilisaient les malades pour se déplacer, enfin insistons encore sur le rôle joué par un centre de pèlerinage dans cette

épidémie. Ernest Conseil insiste sur l'influence de l'alimentation comme cause prédisposante, en particulier le fait d'ingérer des légumes crus, de cuisiner et de prendre les repas sur le sol du ghourbi, sur l'influence des mouches et des objets souillés, de la chaleur et plus encore des poussées brusques de chaleur; il note qu'il n'a jamais trouvé de vibrios dans l'eau d'alimentation et en fait, une épidémie uniquement par contact. Avant d'aborder les caractéristiques cliniques de cette épidémie, donnons-en quelques chiffres :

Le chiffre officiel des décès pour l'ensemble de la Régence fut de 4.050 environ (disons 10.000 officieusement), le nombre des cas fut de 4.873 approximativement pour la période s'étendant du 15 septembre au 31 décembre 1911.

Pour Tunis et sa banlieue, il y eut 688 personnes atteintes dont 459 décès (soit 65,2 % de mortalité).

Pour Gabès (40.000 habitants), 500 victimes, 330 décès connus.

Pour Bizerte, 42 cas dont 21 décès.

Pour Ferryville, 16 cas dont 9 décès.

Les décès pour Tunis, au fur et à mesure de la marche du choléra, s'établissent ainsi :

— Juillet (2 décès)	100 %
— Acut (29 décès)	68 %
— Septembre (153 décès)	67 %
— Octobre (87 décès)	67 %
— Novembre (23 décès)	62 %
— Décembre (1 décès)	57 %

Les décès par âge peuvent être comparés à la morbidité de la manière suivante :

	morbilité	décès
de 0 à 1 an	14	10
de 1 à 5 ans	65	49
de 5 à 10 ans	55	35
de 10 à 20 ans	88	50
de 20 à 30 ans	81	45
de 30 à 40 ans	120	80
de 40 à 50 ans	73	51
de 50 à 60 ans	35	22
au-dessus de 60 ans	86	74

Le maximum de mortalité s'établit donc au-dessus de 1 an et au-dessous de 60 ans.

En fonction des diverses fractions établies à Tunis, la mortalité par choléra se présente ainsi :

Français	7 (55,5 % de décès)
Musulmans	103 (71,5 % de décès)
Israélites	164 (64,3 % de décès)
Italiens	12 (48,5 % de décès)
Maltais	7 (81,8 % de décès)

La morbidité s'équilibre dans une proportion de 10 Israélites pour 5 Musulmans et 1 Européen (Maltais surtout).

Du point de vue profession, ce furent surtout les miséreux et les mendians qui firent les frais de la maladie.

Traitements.

E. Conseil, au sujet du choléra, rappelle cette phrase de Dujardin-Beaumetz : « Le cholérique est un être réfractaire à toute médication, une thérapeutique active lui est plutôt nuisible ». Aussi à Tunis, à Ferryville, comme à Gabès, le médicament de base est uniquement le sérum artificiel s. c. et i. v. associé à des frictions, boissons alcoolisées et acide lactique en potion. Quant aux résultats obtenus par le sérum anticholérique, ils ne confirment pas les espoirs obtenus :

Voici quelques pourcentages au sujet des différentes thérapeutiques employées autres que le sérum physiologique :

	de décès
— Collargol en ingestion ou lavement	43 %
— Tannin en ingestion ou lavement	50 %
— Calomel (1 cg. par heure)	50 %
— Iode	62 %
—adrénaline (30 à 40 gouttes) (Naamé)	50 %
— Acide lactique et ferment lactic	44 %
— Permanganate de K (en tubes kératinisés)	39 %
— Sérum anticholérique (60 à 200 cc)	35 %

Prophylaxie.

Le dépistage des cas se fit grâce à des indicateurs et aux prêtres israélites, en fait il fut très difficile, les familles cachant le malade ou l'emmen-

nant dans un lieu retiré par crainte d'une visite sanitaire.

— L'isolement des malades se fit à la Rabta où on hospitalise 1.562 personnes (413 malades, 1.149 suspects) avec une mortalité de 52,7 % (mortalité globale de 65,2 %) et où on réalise 579 prélèvements (405 malades, 174 cadavres) dont 344 positifs : ainsi qu'au Dar Naccache à La Goulette qui reçut 29 suspects.

Les recherches effectuées ont donné un chiffre approximatif de 14 % de porteurs de germes sains (séro-diagnostic négatifs).

Les solutions désinfectantes les plus employées furent le lait de chaux (murs et sol), le permanganate de chaux (puits et citernes), le sulfate de cuivre à 5 % ou le grésyl à 5 % (une heure de contact), pour les selles et les matières vomies, le sublimé à 2/1000 pour le lavage rituel des cadavres.

— La désinfection des pièces se faisait avec des vapeurs de formol, les gourbis étaient brûlés, les tentes en toile arrosées avec du sulfate de cuivre, retournées et exposées au soleil.

— Analyse quotidienne des eaux de consommation et javellisation systématique.

— Quant aux inhumations, elles étaient faites le plus rapidement possible, le corps était entouré dans un linge trempé dans le sublimé, une couche de chaux vive était placée au fond de la bière ou dans la fosse, les employés des pompes funèbres étaient munis de gants de caoutchouc.

E. Conseil conclut l'étude des mesures prophylactiques en indiquant les difficultés d'exécution, l'horreur des foules pour les lazarets, aidés par des rumeurs mensongères et une presse ignorante.

Du point de vue prophylaxie internationale et administrative, un décret publié le 28 juillet 1911 était édicté en ces termes :

- Surveillances des frontières maritimes et terrestres. Toute personne venant de la zone contaminée sera mise sous la surveillance d'un médecin pour un minimum de 5 jours si elle est suspecte.
- Le port de La Goulette est déclaré port de quarantaine pour les navires venant des pays contaminés et suspects.
- si, lors d'un voyage, un cas de choléra apparaît, la personne sera isolée dans le véhicule (bateau, train...).

— Tout cas suspect doit être signalé par le chef de famille ou les personnes soignantes : la personne reconnue ou soupçonnée sera aussitôt isolée.

— Le contrôleur civil est chargé de la direction des mesures dans chaque contrôle, un médecin délégué peut le remplacer.

Je me permettrai de donner en marge une indication personnelle recueillie de la bouche d'indigènes au sujet du traitement du choléra de 1911 dans le bled, qui consistait en l'ingestion de miel et de beurre rance (smen) mélangés dans un but de purgation; il se peut d'ailleurs que l'acide butyrique agisse de la même façon que l'acide lactique sur le milieu intestinal.

Il y a lieu de terminer l'étude de l'épidémie de 1911 sur la valeur primordiale de la station sanitaire de La Goulette qui a empêché toute importation du vibrion par voie maritime. Cette station terminée en juillet 1911, au moment où le choléra sévissait en Italie depuis août 1910, reçut tous les navires en provenance des régions infectées, conformément au décret du 29 juillet 1911 qui déclarait le port de La Goulette, port de quarantaine. Elle comprenait une agence sanitaire avec bureaux et logements, une salle de visite pour passagers avec chambres d'observation, une chambre d'isolement, un dépôt mortuaire, une infirmerie, cuisine, tisaniérie, souffrerie des étuves. Lors de l'arrivée d'un navire suspect, un médecin de la santé montait à bord, passait la visite des locaux et faisait un premier examen des passagers et de l'équipage. Les premières désinfections étaient faites sur le pont, puis on évacuait l'eau des câbles après stérilisation. Le navire restait alors en observation 5 jours et, au bout de ce laps de temps, nouvelle visite identique à la première. Tout contagieux ou suspect trouvé à bord entraînait comme conséquence une nouvelle période de quarantaine de cinq jours partant de la date de l'hospitalisation du malade.

Quant aux passagers qui débarquaient, une deuxième visite était passée après une deuxième désinfection, les douteux étaient mis en observation à la Station; il était délivré aux reconnus sains un passeport sanitaire.

14.916 personnes furent ainsi examinées, 286 furent placées en observation. D'ailleurs, la plupart des contagieux furent des hommes de l'équipage et surtout des chauffeurs ou des mécaniciens; 3.000 hommes d'équipage (651 navires) furent visités et l'on découvrit parmi eux 18 malades dont 5 à diagnostic bactériologique positif.

Il n'y eut pas un seul décès. Ainsi, grâce à cette frontière sanitaire maritime, aucun contagieux ne pénétra en territoire tunisien.

4° L'épidémie de 1916.

Epidémie tout à fait spéciale, importée à Ferryville en 1916 par des réfugiés serbes qui, lors de la retraite d'Albanie en janvier de la même année, furent embarqués vers l'Afrique du Nord par les navires alliés.

Il arriva ainsi entre Ferryville et Bizerte 19.985 personnes dans un état de grande misère physiologique.

Le premier cas fut diagnostiqué le 9 janvier chez un officier, le nombre des malades augmenta alors jusqu'au milieu de février pour disparaître vers le 15 mars.

On enregistra 440 cas et 279 décès, soit 68 % de mortalité, 6.200 analyses de selles de suspects furent faites.

Le choléra resta localisé parmi les réfugiés, des mesures sanitaires ayant aussitôt isolé le camp par rapport à la population civile; il y eut cependant 3 malades non serbes : 2 parmi les équipages des navires transportant ces hommes (1 décès, 1 guérison), un dans la population civile; il s'agissait d'une femme italienne ayant pris les vêtements d'un serbe cholérique et qui eut une mort foudroyante.

Le schéma des mesures prises lors de cette épidémie fut le suivant, j'en emprunte les éléments à la thèse de Bara consacrée à ce sujet :

— Les réfugiés à l'arrivée en Tunisie ne sortaient du navire qu'après avoir été visités par une

Commission sanitaire. Ils étaient classés en 5 catégories :

- a) Cholériques avérés qui étaient envoyés à l'hôpital de la marine de Sidi-Abdallah.
- b) Suspects de choléra chez qui on pratiquait un examen de selles, les porteurs de vibrions rejoignaient la catégorie a).
- c) Les malades d'une affection autre que le choléra et les blessés étaient isolés 5 jours puis vaccinés
- d) Les débiles étaient eux aussi isolés 5 jours, puis vaccinés
- e) Quant aux valides ils étaient consignés 5 jours, puis vaccinés.

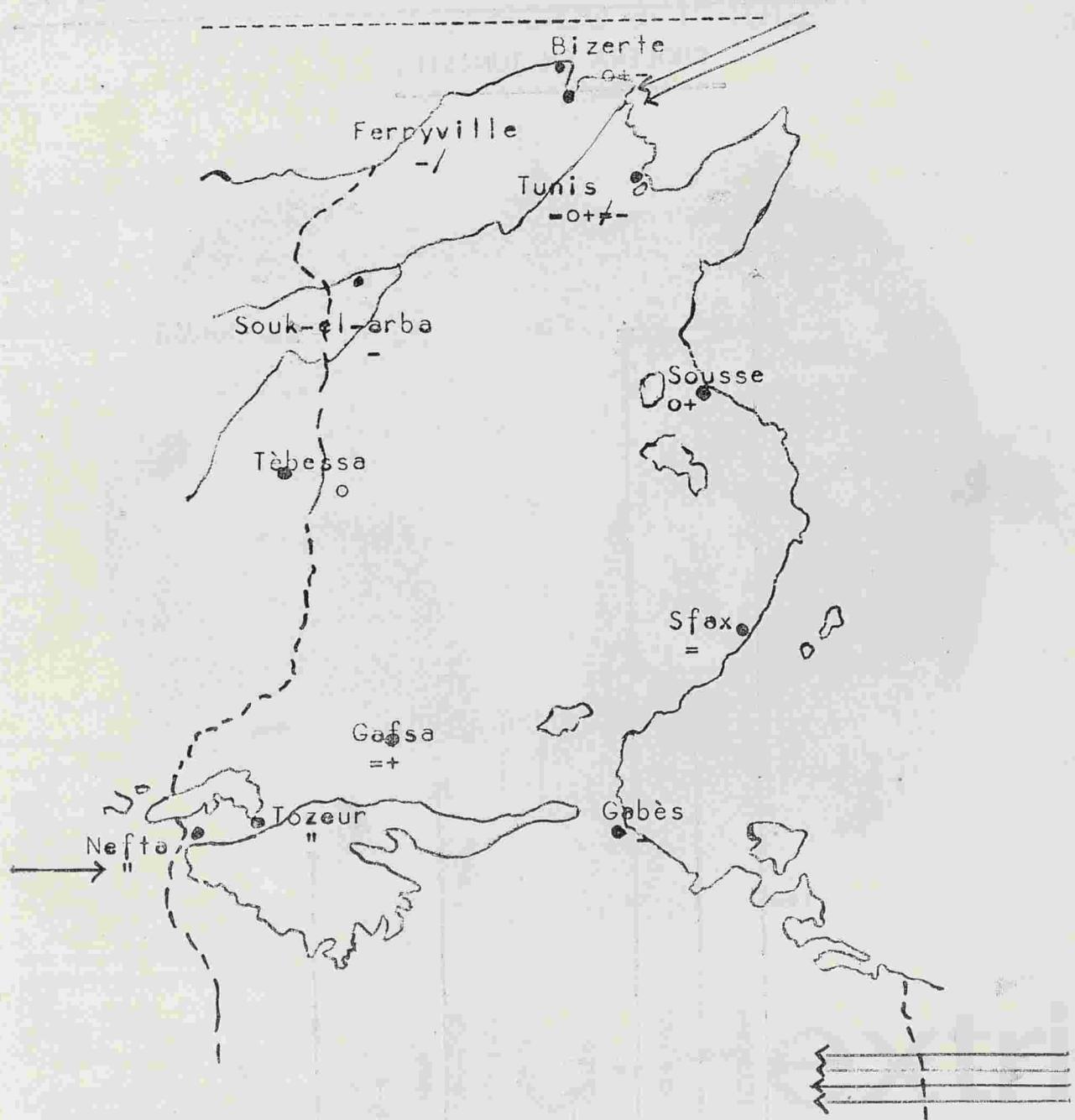
— Les hommes d'équipage des navires furent revaccinés.

— La population de Bizerte et de Ferryville fut dans la mesure du possible revaccinée.

En somme épidémie très localisée que l'on pourrait presqu'appeler « extra-tunisienne ».

La Tunisie ne devait plus être atteinte par le choléra jusqu'à nos jours, sauf un cas accidentel en 1947 lors de l'épidémie qui sévit en Egypte. La victime involontaire fut un garçon de laboratoire de l'Institut Pasteur qui se contaminna en manipulant un flacon contenant une culture de vibrions cholériques. En transvasant le contenu, quelques gouttes de la suspension furent projetées sur sa figure et la pénétration se fit par la conjonctive oculaire. Traité dès les premiers symptômes, il guérit en quelques jours.

CARTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU CHOLERA EN TUNISIE DEPUIS 1830



LEGENDE

= 1836-1837.

○ 1849-1856.

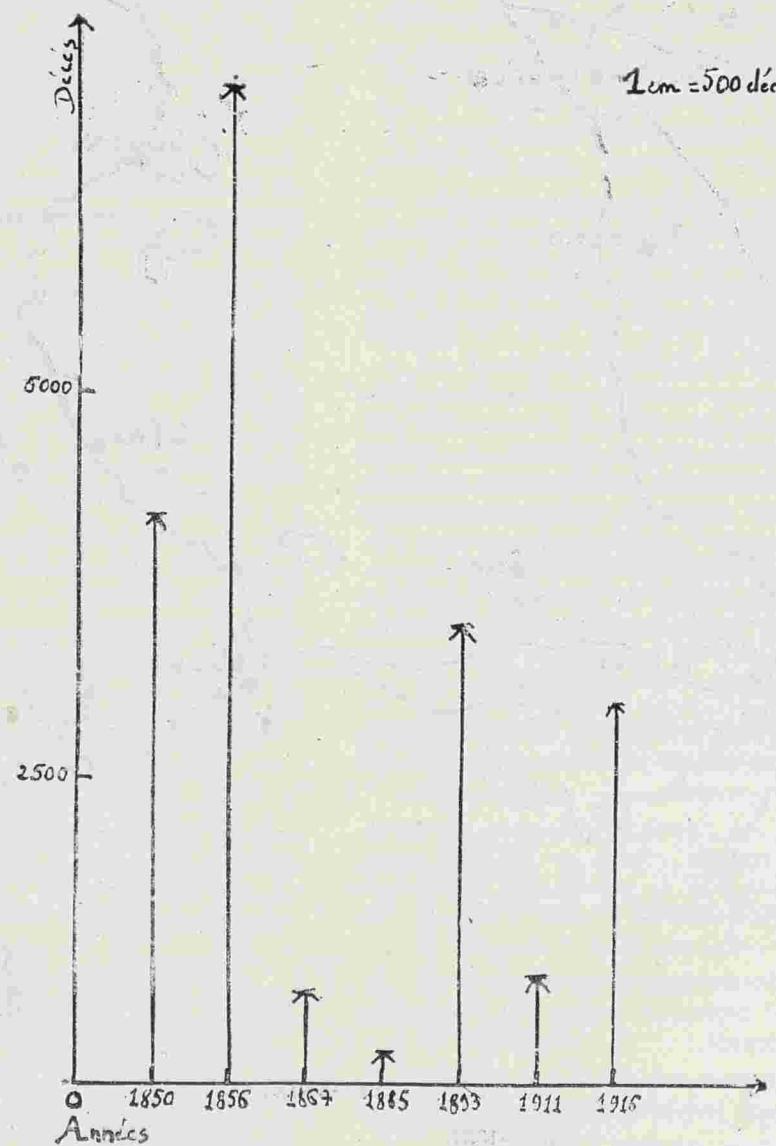
+ 1867.

≠ 1885.

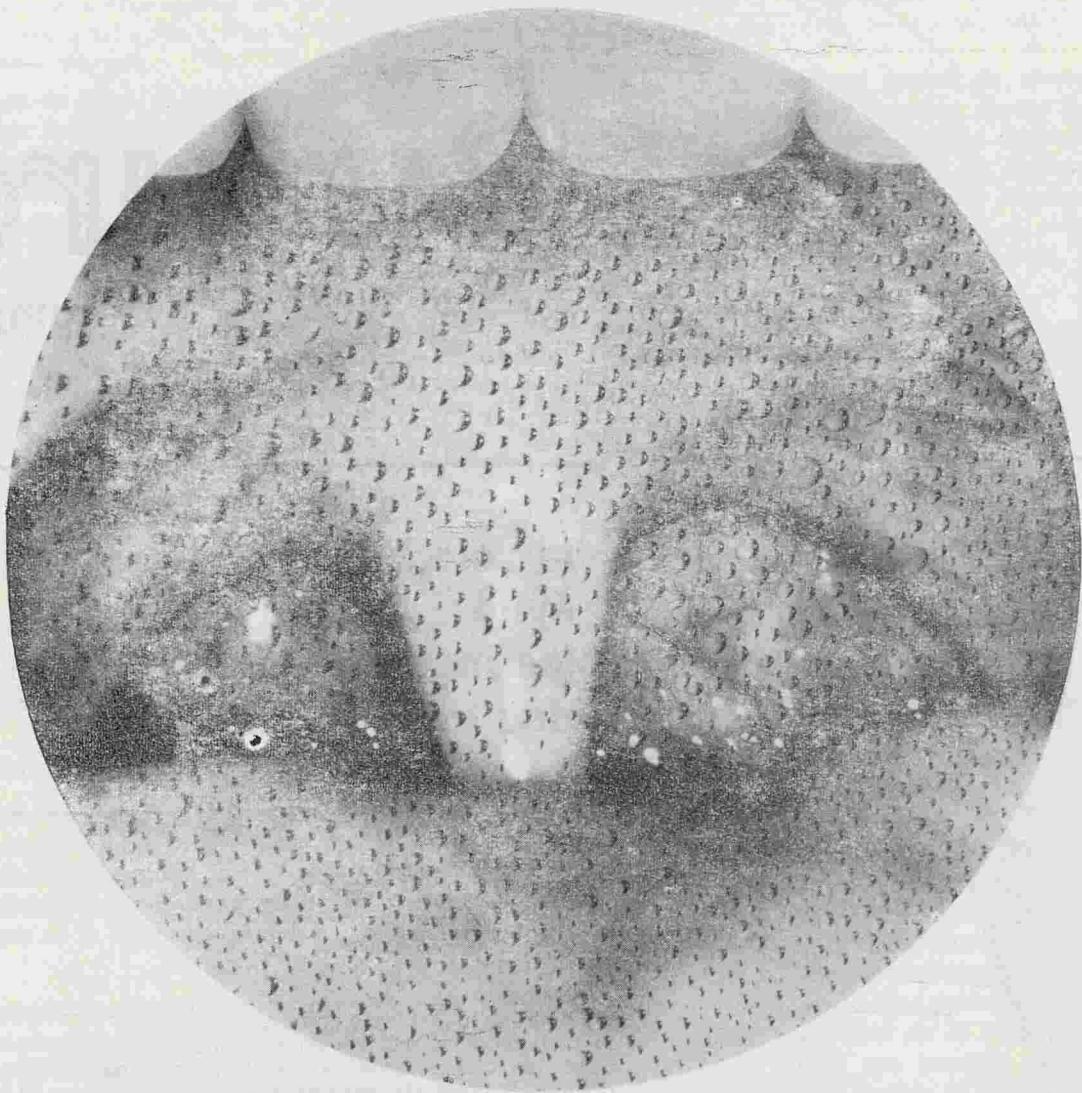
" 1893.

— 1911.

MORTALITÉ APPROXIMATIVE AU COURS DES DIFFÉRENTES ÉPIDÉMIES DE
CHOLERA EN TUNISIE.



angines, rhinopharyngites, grippe
1 seconde
100 000 gouttes
1 principe actif total



FRANCE N°1 COL-H 69/10 M

Collu-Hextril

NÉBULISEUR PRESSURISÉ

antiseptique, analgésique, cicatrisant



SUBSTANTIA
SURESNES (Hts-de-Seine)

1 ou 2 pulvérisations 3 fois par jour chez l'enfant comme chez l'adulte.
Collutoire dosé à 2% d'Hexétidine, Flacon de 40 cm³, Prix 7,80 F, SS Art. 115, AMG et Coll.
Visa N.L. 3257

Rhinites et Grippe... Sinusites - Otites



Rinurel

comprimés

**la voie buccale
évite
les inconvénients
des traitements locaux**

Adultes :

1 comprimé toutes les 4 heures,
soit 4 comprimés par jour en moyenne

Dans les cas sévères, la première prise pourra être de 2 comprimés d'emblée, sans excéder 6 comprimés par 24 heures.

Enfants :

de 6 à 9 ans : 1/2 comprimé 2 ou 3 fois par jour,
de 9 à 12 ans : 1/2 comprimé 3 ou 4 fois par jour,
de 12 à 15 ans : 1 comprimé 2 ou 3 fois par jour.

Phényltoloxamine (citrate) 22 mg, Phénylpropalamine (chlorhydrate) 25 mg, Paracétamol 150 mg, Phénacétine 150 mg, par cpr. Boîte de 24 cpr. Prix : Cl. 5 - S.S. - A.M.G. - Art. 115.

A utiliser sous surveillance médicale en cas d'hyperthyroïdie, d'hypertension et de diabète.



LABORATOIRES
SUBSTANTIA
SURESNES (Hts-de-Seine)

Cardiopathies congénitales opérées à cœur ouvert⁽¹⁾

par Mohamed FOURATI

Il s'agit du bilan de notre expérience débutante de chirurgie cardiaque sous circulation extra-corporelle. Grâce à l'aide que nous a apporté « Terre des Hommes » représentée par une équipe chirurgicale suisse et à sa tête le Professeur Charles Hahn (2), nous avons pu commencer à opérer certaines cardiopathies. Nos moyens étant limités, nous avons cru devoir procéder par étapes; cette première étape n'a intéressé que des cardiopathies congénitales non cyanogènes ou peu cyanogènes. Jusqu'à ce jour ont été opérées vingt-six cardiopathies se répartissant ainsi (Fig. 1) :

- 12 Communications inter-auriculaires dont deux avec retour veineux pulmonaire anormal.
- 6 Rétrécissements pulmonaires valvulaires dont un associé à une sténose infundibulaire.
- 7 Communications inter-ventriculaires.
- 1 Tétralogie de Fallot (réparation complète).

DU POINT DE VUE DIAGNOSTIC :

Tous les malades ont eu une exploration cardiaque complète avec cathétérisme, angio-cardiographie, ciné-angio-cardiographie. Il a été réconfortant de constater qu'aucune discordance entre le diagnostic clinique et le diagnostic opératoire n'a été relevée.

La circulation extra-corporelle a été faite par le cœur-poumon artificiel de Rygg Kyvsgardt, avec son oxygénateur à sac, son échangeur thermique incorporé. Le cœur-poumon, de conception très simple et de maniement assez aisés, donnerait entière satisfaction si ce n'était l'insuffisance de son aspiration droite et gauche, qui ne donne pas

(1) Communication faite aux Journées Médicales d'octobre 1969.

(2) Département de Chirurgie Cardio-Vasculaire, Hôpital Cantonal de Genève.

toujours un assèchement parfait du champ opératoire. De ce fait on est souvent amené à clamer l'aorte, quand les retours sanguins intra-cardiaques droit et gauche sont importants. Le clampage aortique ne présente d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse, puisque l'opération se fait à cœur arrêté, la cardioplégie étant obtenue par le froid, à 26° environ.

La cardioplégie, en plus de la facilité opératoire qu'elle procure, semble être une excellente mesure préventive contre les embolies gazeuses dans ces cardiopathies avec communication entre les cavités gauches et droites. D'autre part le myocarde étant toujours de bonne qualité dans ces cardiopathies, nous n'avons eu aucun ennui de défibrillation; le cœur repart spontanément après réchauffement ou par un à deux chocs électriques.

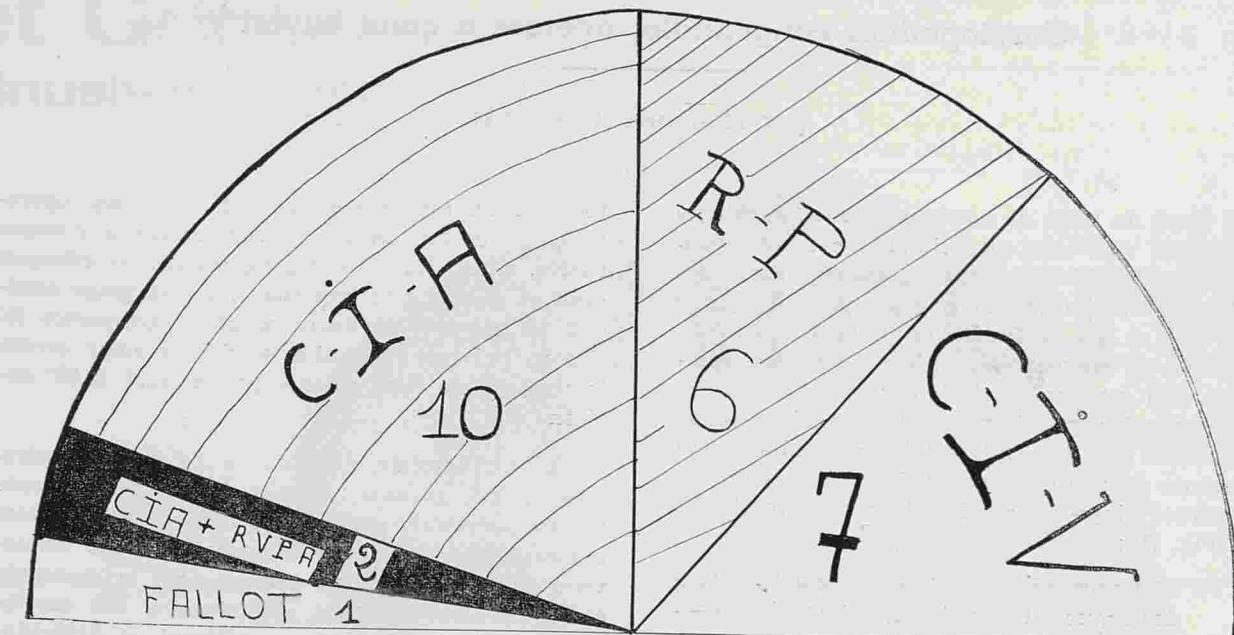
La purge des cavités cardiaques est toujours faite avec une extrême minutie, par la pointe du ventricule gauche et la crosse de l'aorte.

Le réveil de tous les malades s'est opéré d'une façon normale en salle d'opération. Les complications post-opératoires (Fig. 2) se répartissent ainsi :

— 5 Hémorragies importantes ayant nécessité un décaillotage dans les 24 heures post-opératoires. Ces 5 décaillotages se situent au début de notre expérience. Aucun des dix derniers cas n'a été repris pour hémorragie. Nous attribuons cela au fait qu'on ne ferme plus la Thoracotomie ou la Sternotomie qu'après une bonne protamination, l'absence de troubles importants de la coagulation, l'assèchement aussi parfait que possible du champ opératoire; ceci demande parfois 15 à 30 minutes pendant lesquelles il faut savoir tamponner et attendre.

— 3 Infections pariétales ayant nécessité une mise à plat de la peau.

— Un décès : il s'agit d'une communication inter-ventriculaire, fermée par patch de Dacron. Le cœur est reparti en rythme sinusal. Vingt heures



26 CARDIOPATHIES CONGÉNITALES OPÉRÉES
SOUS C-E-C

COMPLICATIONS



1 DECES



5 HEMORRAGIES

POST-OPÉATOIRES



3 INFECTIONS
PARIETALES



1 REPRISE

après l'intervention, la malade a présenté un collapsus, probablement dû à un retard transfusionnel et une tamponnade. A partir de cet instant des troubles du rythme sont venus se rajouter à ce tableau déjà grave. La reprise de la Sternotomy, faite certainement trop tardivement, n'a pas réussi à redresser la situation.

— Une reprise d'une communication interventriculaire, faite à l'étranger, a permis de constater un lâchage partiel de la suture du patch.

La chirurgie de ces cardiopathies congénitales non cyanogènes pose certes pour nous beaucoup de problèmes; mais la solution, voire la recherche d'une solution à ces problèmes, ne peut être que bénéfique pour l'ensemble des équipes médicale,

chirurgicale, radiologique, biologique qui s'y intéressent.

Elle a en plus l'avantage d'être parfaitement curative, remettant à une vie normale des enfants, des adolescents, et parfois des adultes (l'âge des malades dans cette série s'échelonne entre 4 et 37 ans).

Reste la deuxième étape intéressant en particulier les cardiopathies valvulaires. Il s'agit là certes d'une chirurgie plus difficile, plus onéreuse et en définitive elle n'a qu'une prétention palliative, néanmoins les résultats que nous a présentés le Professeur agrégé Langlois s'échelonnant entre 50 et 70 % de succès après 5 ans, selon l'affection, allant en s'améliorant, sont encourageants et nous invitent à nous engager dans cette voie.

LA FORMULE LA PLUS COMPLETE

Hépagrume



L'ÉQUILIBRE BIologIQUE S.A.
B.P. 172 • 45-MONTARGIS, FRANCE

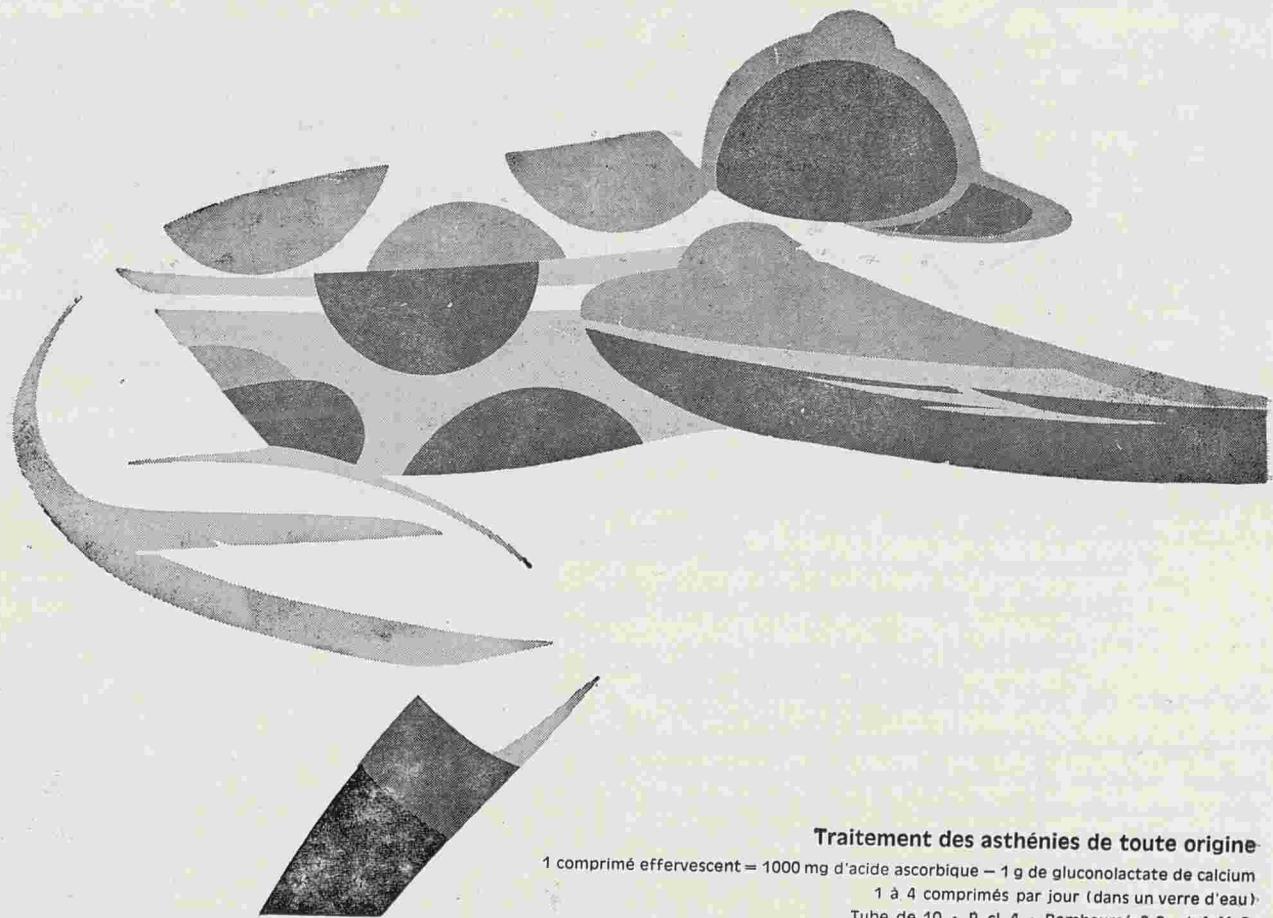
- inappétence, dyspepsie, état saburrel
- hépatites, icères, cirrhoses
- dyskinésies biliaires, constipation

arginine : 0,12 g - bétaine base : 0,35 g - citrate de choline : 0,60 g -
inositol : 0,25 g - sorbitol : 3 g - excipient aromatisé (mandarine, citron) q.s. pour une ampoule de 10 ml.

visa NL 399

1 à 3 ampoules par jour, dans un peu d'eau
boîte de 18 ampoules buvables • prix : 15,90 f • remb. s.s.

Ca C1000 SANDOZ



Traitements des asthénies de toute origine

1 comprimé effervescent = 1000 mg d'acide ascorbique - 1 g de gluconolactate de calcium

1 à 4 comprimés par jour (dans un verre d'eau)

Tube de 10 • P. cl. 4 • Remboursé S.S. et A.M.G.

UNE RECHARGE DYNAMISANTE SOUTENUE ET ÉQUILIBRÉE



Nouvelle Adresse

14, boulevard Richelieu — 92-Rueil-Malmaison

Téléphone : 967-79-20 - 967-77-20

Hydatidose Osseuse. Aspects Radiologiques

par les Docteurs A. KAMOUN et K. TOCHEV

Les localisations osseuses dans l'hydatidose posent des problèmes diagnostiques souvent difficiles.

Nous étudierons à propos de deux observations personnelles les aspects cliniques, biologiques et surtout radiologiques de l'échinococcosse osseuse.

Rappel parasitologique :

L'hydatidose osseuse correspond à la nidation primitive au niveau de l'os de la larve du ténia *echinococcus granulosus* qui présente des caractères anatomo-pathologiques très particuliers du fait de la structure du tissu osseux.

En effet, le ténia *echinococcus granulosus* se présente à l'état larvaire sous forme de kyste unicolaire, sauf au niveau de l'os.

On peut résumer ainsi le cycle de ce parasite.

L'*echinococcus granulosus* est un cestode de 5 à 8 mm de long comprenant :

- une tête portant une double couronne de crochets,
- et un corps composé de 3 à 4 anneaux dont le dernier seul arrive à maturité.

Il vit essentiellement dans l'intestin du chien et renferme 500 à 800 œufs. Il est ingéré par l'hôte intermédiaire qui se contamine en broutant l'herbe souillée. Cet hôte peut être par ordre de fréquence décroissant :

- le mouton,
- les bovins,
- le porc,
- la chèvre,
- le cheval,
- et le chameau.

Sous l'influence du sus gastrique, les œufs libèrent les embryons hexacanthes qui perforent

la muqueuse digestive et sont entraînés dans le sang et peuvent aller se localiser à des endroits variés de l'organisme.

L'embryon perd alors ses crochets. Il se transforme en vésicule qui représente la forme larvaire du kyste hydatique.

D'abord stérile, il devient fertile par apparition en son sein de *Scolex*, de têtes de ténias.

Si l'herbivore libère ces têtes de ténia (abattage), si le chien les absorbe, les ténias échinococques se développent à l'intérieur de l'intestin du chien. Le cycle évolutif naturel du parasite est ainsi bouclé.

Accidentellement au contact direct du chien ou par l'intermédiaire d'aliments souillés par le chien l'homme peut s'infecter.

Le kyste hydatique complètement développé comprend de dehors en dedans 3 membranes :

- une membrane externe dite adventice produite par le tissu parasite; elle peut se scléroser, se calcifier;
- deux membranes propres au parasite :
 - une membrane cuticulaire stratifiée sécrétée par la membrane proligère,
 - et la membrane proligère, interne, granuleuse, nucléée.

Le kyste contient :

- le liquide hydatique « eau de roche »,
- le sable kystique Culot de décantation,
- les vésicules-filles endogènes,
- les vésicules-filles exogènes peuvent se voir à l'extérieur du kyste initial.

Une échinococcosse secondaire réalise toujours le type univésiculaire du kyste primitif. Ce caractère univésiculaire se rencontre partout sauf au niveau de l'os où le kyste hydatique se comporte de façon très particulière.

Des études anatomo-pathologiques ont permis de révéler que le parasite se présente sous la forme de multiples vésicules disséminées dans la spongiosa et la compacte osseuse. Aucune membrane ne limite ses vésicules qui réalisent la forme multidiverticulaire infiltrante diffuse.

— Le développement de ces vésicules provoque la formation de petits séquestres peu éburnés.

— La morphologie de l'os est conservée du moins au stade de début.

— Des complications peuvent survenir, tels que :

- l'infection,
- la fracture,
- l'abcès ossifluent hydatique.

L'hydatidose osseuse est ainsi l'atteinte primitive de l'os par la larve de l'échinococcus granulosus.

Elle se présente toujours sous forme :

- multidiverticulaire
- multiloculaire,
- infiltrante,
- diffuse,

dont l'évolution entraîne inexorablement des destructions importantes et des complications. Ainsi après avoir défini l'hydatidose nous allons rapporter nos deux observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 :

Madame R. C..., âgée de 30 ans, consulte pour une gêne fonctionnelle de la hanche droite avec douleurs inguinales évoluant depuis quelques années. Ces algies au début intermittentes deviennent permanentes.

L'examen douloureux révèle une tuméfaction du creux inguinal :

- la V. S. est modérément accélérée,
- l'hémogramme est normal,
- l'intradermo-réaction de Weinberg est douteuse,
- la réaction de Casoni est positive.

Les radiographies montrent des images lacunaires, arrondies, bien cerclées, siégeant dans la cavité cotyloïde et au niveau du pubis jusqu'à l'articulation.

Les radiographies du reste du squelette sont normales.

L'intervention confirme ces lésions et l'on découvre une cavité nécrotique au niveau du pubis contenant près d'un litre de liquide avec de nombreuses vésicules.

OBSERVATION N° 2 :

Madame K. B. A., âgée de 29 ans, vient consulter pour une importante gêne fonctionnelle de la hanche gauche avec des cruralgies; les douleurs remontent à plusieurs années. Elles sont intermittentes au début, se sont accentuées lors de sa dernière grossesse, pour devenir permanentes après l'accouchement normal qui a eu lieu 2 mois avant de venir consulter.

A l'examen on découvre une tuméfaction juste au-dessus de l'articulation coxo-fémorale gauche :

- la vitesse de sédimentation est accélérée,
- l'intradermo-réaction de Weinberg est négative,
- la réaction de Casoni est positive,
- l'éosinophilie est à 4 %.

Les radiographies montrent des lacunes finement bordées, groupées en amas siégeant sur tout l'iléon et atteignant la partie supérieure de la cavité cotyloïde.

Le reste du squelette est normal.

L'intervention découvre une énorme cavité anfractueuse dans laquelle siègent de nombreuses vésicules et quelques séquestres, le tout baignant dans un liquide hématifique.

Bien que rare, — 1 % de l'ensemble des différentes localisations, — l'hydatidose osseuse mérite d'être connue, surtout dans notre pays à fort élevage ovin.

Nos cas intéressent 2 femmes de 30 et 29 ans avec des localisations au niveau du bassin.

Il faut savoir que l'hydatidose osseuse peut se localiser aussi sur les os longs, le rachis, le crâne.



FIG. 1 et 2 — Obs. 1

Images :

- lacunaires,
- claires,
- bien cerclées,

siégeant dans la cavité cotyloïde, au niveau du corps du pubis de sa branche horizontale et d'une partie de la branche ichio-pubienne.





FIG. 1 et 2 — Obs. 2

Lacunes :

- finement bordées,
- groupées en amas,
- siégeant sur tout l'iléon atteignant la cavité cotyloïde.



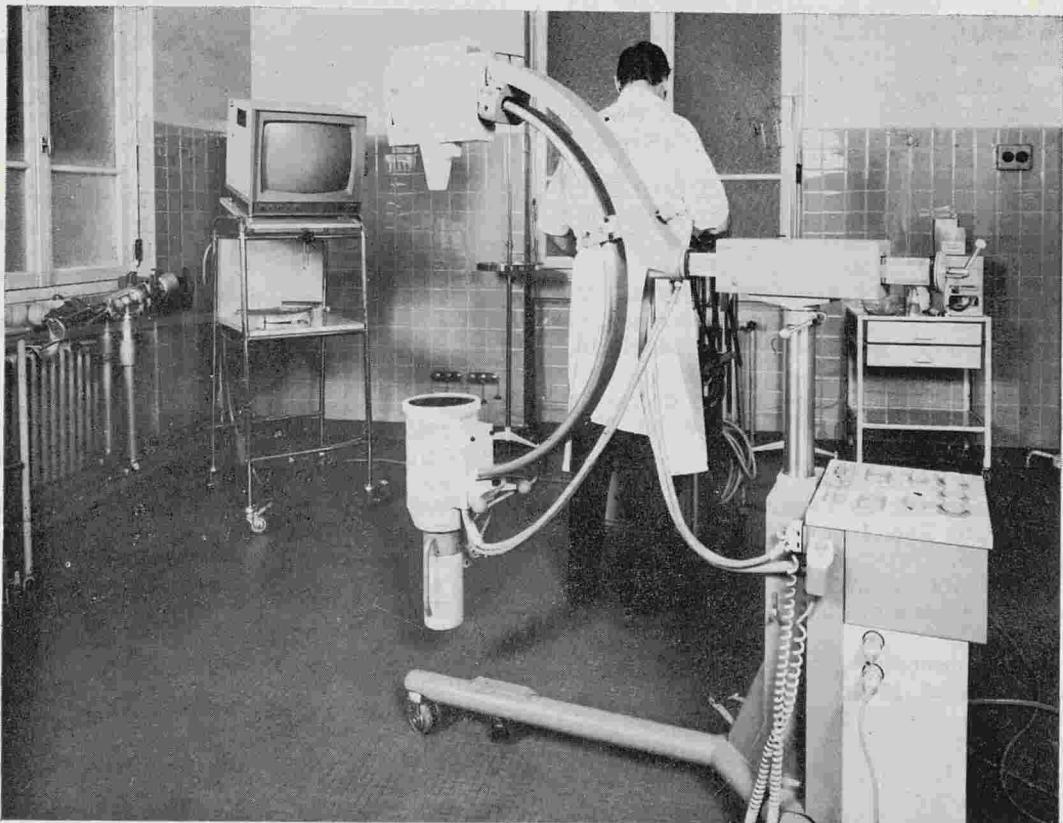
BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVA R., THEVENOT C. et Mme BENSIMON S. : L'échinococcose vertébre médullaire. A propos de 10 observations. Maroc méd., 42, N° 446, 1962, pp. 782-783.
- ALIVISATOS C.N. et SPILIOITIS J.D. : Quelques aspects anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques de l'échinococcose vertébrale. Gaz Méd. France, 64, N° 5, 1957, pp. 417-430.
- ALVINATOS C.N. : Quelques considérations sur les kystes hydatiques de la colonne vertébrale. Rev. Méd. Moyen-Orient, 20, 1963, pp. 219-228.
- BETTINI G. et JACCHIA G.E. : Compression médullaire due à l'échinococcose vertébrale (compressions médullaires de l'échinococcose vertébrale). Archivio-Putti, 1c, 1962, pp. 73-117.
- BEZES H. : L'échinococcose osseuse. Bull. Méd. Fac. mixte Méd. Pharm. Dakar, 10, 1962, pp. 41-46.
- BEZES H. : L'échinococcose osseuse. E.M.C. Radiodiagnostic, 31, 225, A 10.
- BOULVIN R., MAHALLATI F., EHRABI-NEJAD Y. et CHADITI H. : Un cas d'échinococcose osseuse de l'omoplate. Sem. Hôp. Paris, 38, N° 10, 1962, pp. 481-484.
- BOULVIN R. : Deux cas d'échinococcose du rachis dorsal. Acta orthop. Belgica, 25, 1959, pp. 339-350.
- CONSTANTINI H., CURTILLET H. et LAQUIERE A. : Radiodiagnostic de l'échinococcose des os longs. Journ. de Radiol. et d'Electro, 33 N° 1-2, 1952, pp. 75-77.
- CONSTANTINI H. et SABADINI L. : L'échinococcose osseuse. Algérie médical, 1^{er}, 1935, pp. 589-626.
- DEVE F. : L'échinococcose osseuse. Ivol., MASSON et Cie, édit., 1948, 234 p.
- DE VEGAS D.S. : Kystes hydatiques osseux. Rev. Clin. Esp., 91, N° 3, 1963, pp. 144-150.
- DOR J., PAILLIAS J. et ZAKARIAN S. : Echinococcose en sablier, rachidiennne et médiastinale, avec paraplégie et volumineuse opacité médiastinale. Double intervention. Guérison anatomique et régression de la paraplégie. Presse méd., 70, N° 56, 1962, pp. 2795-2798.
- GAIROARD J.H. : Contribution à l'étude de l'échinococcose des os longs et des ceintures. A propos de 9 observations. Problèmes étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques. Thèse Médecine Paris, 1961, imprimée.
- GOINARD P., PEGULLO J. et PELISSIER G. : Le kyste hydatique, 1^{er} vol MASSON et Cie, édit., 1960, 204 p., 90 fig.
- GUEDJ P. et MARILL R.M. : Intérêts de l'intervention chirurgicale itérative dans le traitement de l'échinococcose vertébrale. A propos de 2 paraplégies hydatiques guéries, dont l'une depuis 16 ans. J. Chir., Paris, 86, N° 6, 1963, pp. 607-626.
- GUILLEMIN G., DUBOIS J., BRAILLON G., CHANELIERE N. et ARCHAMBAUD J.P. : Un cas d'échinococcose de l'omoplate. Lyon Chir., 59, N° 5, 1963, pp. 775-776.
- ISEMEIN L., FOURNIER A., REDON M. et GIRAUD M. : A propos d'un cas de kyste hydatique de l'aile iliaque. Marseille méd., 1962, pp. 1057-1062.
- LAQUIERE A. : Contribution à l'étude des aspects radiologiques de l'échinococcose osseuse. Thèse, Alger, 1948.
- LESURE J. : Echinococcose vertébrale. Rev. Chir. Orthop., 48, N° 1, 1962, pp. 70-72.
- LEVRAT M., GUYON J.M., GUELPA A., NEIDART J.P., LAMBERT R. et MARTIN F. : L'échinococcose de l'omoplate. Lyon méd., 214, N° 49, 1965, pp. 1213-1217.
- LOUYOT P. et LESURE J. : L'échinococcose vertébrale. Rev. Rhumat., 26, 1959, pp. 289-243.
- MARILL M. : Forme particulière du pseudo-mal de Pott hydatique; l'échinococcose vertébro-costale. Afrique Franç. Chirurg. 1951, pp. 303-308.
- MICHOUILIEK J. et VIDIL R. : Kyste hydatique du fémur. Lyon chir., 59, N° 6, 1963, pp. 901-905.
- PADOVANI P. et ROUGERIE J. : Un cas d'échinococcose vertébrale. Rev. Chir. Orthop., 48, N° 1, 1962, pp. 67-69.
- PIZON P. : Hydatique osseuse. Presse méd., 71, 1963, pp. 2671-2673.
- RAVAULT P.P., RIFFAT G. et MAITREPierre J. : Echinococcose de l'os iliaque. Rev. Rhumat., 26, N° 4-5, 1959, pp. 210-217.
- RAVAULT P.P., LEJEUNE E., BOUVIER M., MAITREPierre J., BERTRAND J.N. et BANSILLON J. : Aspects osseux de l'échinococcose. Journ. de Méd. Lyon, 5 mai 1966, pp. 729-753.
- SOUSTELLE J., VILLIERS H. et SAUVAGE Y. : Kyste hydatique du fémur. Lyon chir., 60, N° 1, 1964, pp. 104-106.
- SOUSTELLE J. : Echinococcose fémurale (2^e épisode). Lyon chir., 60, N° 4, pp. 538.
- TILLIER R., GOINARD P. et LE GENISSEL : Étude de radiologique de l'hydatidose osseuse. Rapport au 5^e Congrès de la Fédération des Sciences médicales, Oran, 1935, Algérie médicale, 1935, pp. 560-564.
- TRIAL R. : Echinococcose osseuse. E.M.C., 31-410, C: 10, 1953, 6 p.
- VIALLET P., FERRAND J., CHEVROT C. et Mme VIALLET M. : Un cas d'hydatidose humérale étendue. Journ. de Radiol. et d'Electrol., 33, 1952, p. 94.
- WERTHEIMER P., LEVY A., MOUNIER-KUHN A. et TOPOVIC F. : Hydatidose de la voute du crâne. Journ. de Radiol. et d'Electrol., 40, 1959, pp. 722-724.
- DELAHAYE R.P., HENRI LAURENT et ANDREE MASSOUBRE (Versailles) : Les aspects radiologiques de l'hydatidose osseuse. Journ. de Radiol. et d'Electrol. T. 48, 1967, N° 5, pp. 269-276.



SECURITE SIMPLICITE SOLIDITE

BV 20 S



INTERMARCOTAG 10-229

Les amplificateurs de luminance radiologiques ont ouvert des perspectives absolument nouvelles à la radiologie chirurgicale.

Le BV 20 S satisfait toutes les exigences dans ce domaine spécialisé d'applications :

• Grande mobilité de l'ensemble et nombreux dispositifs de mise en place du tube radiogène.

- Amplificateur de luminance 15 cm (6") avec gain de luminance élevé.
- Monobloc radiologique à grande puissance. Radioscopie jusqu'à 100 kV. Radiographie jusqu'à 90 kV, 20 mA.
- Tube radiogène à double foyer ; 0,6/1,8 mm. La radioscopie s'effectue toujours avec foyer fin de 0,6 mm, assurant une parfaite définition des images.
- Collimation précise du faisceau primaire de rayons X. Le médecin et le personnel opératoire sont moins exposés aux rayons diffus.
- Passage rapide de la radioscopie à la radiographie (par exemple pour la cholangiographie per-opératoire). Changement automatique de la collimation du champ.
- Conditions normales d'éclairage pour tous les examens.

société anonyme

MASSIOT PHILIPS
matériel médical

6 ROUTE DE BEZONS 78 CARRIERES-SUR-SEINE
TELEPHONE 968 40 00



① PRISE PAR JOUR
VIBRAMYCINE*
DOXYCYCLINE



Division Pharmaceutique 24, Boulevard El Hansali - Casablanca Tél. 713-20-21

* Marque déposée

édeccrine®

ACIDE ETACRYNIQUE

INDICATIONS : œdèmes d'origine cardiaque, œdèmes d'origine rénale, cirrhoses hépatiques avec ascite, œdèmes d'origines diverses.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI : elle est fonction des indications cliniques et de la réponse du malade.

CONTRE-INDICATION : commune à tous les diurétiques : oligoanurie.

FORMULE CHIMIQUE : acide [dichloro-2,3 (méthylène - 2 butyryl) - 4 phénoxy] acétique.

PRÉSENTATION : boîte de 24 comprimés sécables dosés à cinquante milligrammes d'Acide Etacrynique. Tableau A - Prix F 15,70 - Remb. S.S. - Admis aux collectivités - V. NL 3274.

Informations détaillées sur demande.



Laboratoires

MERCK SHARP & DOHME

146, boulevard de Grenelle - PARIS 15^e - Tél. 566.75.57

INDOCID

INDOMETACINE

arthroses

INDOCID

- Par son action **antalgique** procure un bien-être articulaire à l'arthrosique,
- par son action **anti-inflammatoire** prévient les phénomènes inflammatoires d'origine mécanique.

INDOCID

convient à toutes les localisations de l'arthrose et permet des traitements prolongés sans accoutumance.

Indications : Rhumatismes inflammatoires - Rhumatismes dégénératifs - Goutte - Affections abarticulaires aiguës.

Posologie : Elle est fonction des indications cliniques et de la réponse du malade. Documentation détaillée sur demande.

Tolérance : céphalées, vertiges, lesions et troubles digestifs rares ont été rapportés.

Contre-indication : Ulcères gastro-duodénaux.

Formule chimique : Acide (chloro-4 benzoyl)-1 méthoxy-5 méthyl-2 indole-acétique-3.

Présentation :

• **Gélules :** flacon de 30, doses à vingt-cinq milligrammes d'Indométabine - P. 14,70 F. - Tableau A - Remb. S.S.

• **Suppositoires :** boîte de 10, doses à cent milligrammes d'Indométabine - P. 18,35 F. - Tableau A - Remb. S.S. INDOCID 50. Suppositoires, boîte de 10, doses à cinquante milligrammes d'Indométabine - P. 9,80 F. - Tableau A - Remb. S.S.

Informations détaillées sur demande.

la douleur transforme les petites inflammations en grandes affections

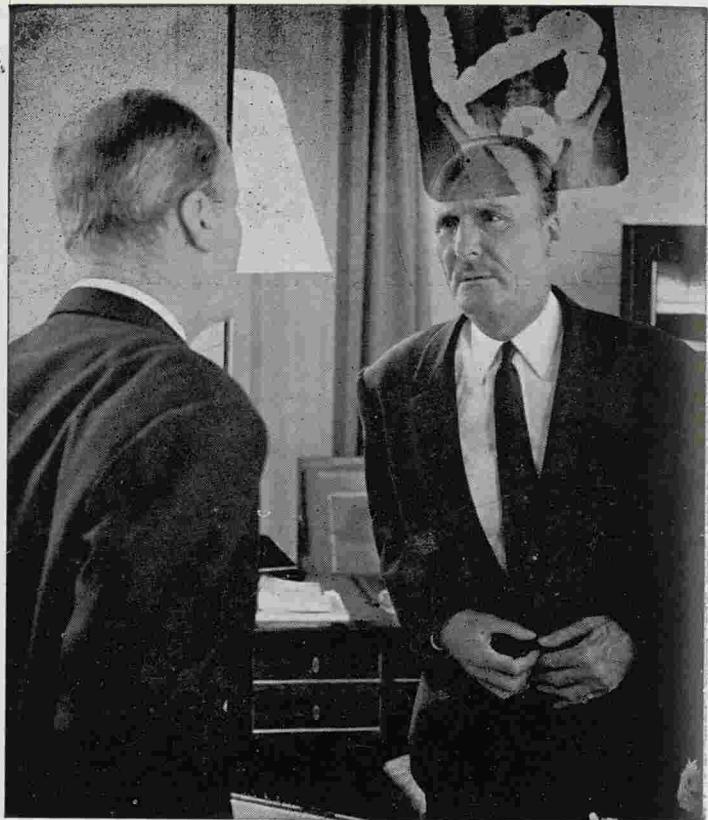
CPA 17



laboratoires
**MERCK
SHARP & DOHME**

146 boulevard de Grenelle, Paris 15^e

- Pansement cicatrisant
- Absorbant des liquides
- Antiseptique - Antiparasitaire
- Normalisateur de la flore
- Tranquillisant antispasmodique



5 thérapeutiques - 1 seule prise

BI-MULOGEAIS

MEPROBAMATE

Colopathies - Constipation



dose moyenne : une cuillerée à dessert
avant chacun des trois principaux repas

pas au dessous de 15 ans

ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

granulé - boîte de 250 g

Iodoquinoléine sodique	1 g	lactose	26,66 g
méprobamate	2 g	gomme karaya	35 g
sous-nitrate de bismuth		excipient aromatisé qsp	100 g
léger	20 g	de granule	

tab. c S S prix public 22,25 F Visa NL 2394

L'artériographie sélective du tronc cœliaque dans les kystes hydatiques de la rate

par les Docteurs A. KAMOUN, H. AYARI, M. FOURATI et K. TOCHEV

L'artériographie sélective présente un intérêt majeur dans le diagnostic des tumeurs de l'hypochondre gauche et plus particulièrement splénique.

Cliniquement, la palpation et la percussion n'en permettent qu'une étude imprécise.

La laparascopie l'objective mal.

La gammagraphie ne montre que les grosses lacunes tumorales, sans préciser leur nature bénigne ou maligne.

Le rôle de la radiographie est donc très important dans le diagnostic des splénomégalies.

Les radiographies simples, l'opacification de l'estomac, du côlon et du rein, le pneumopéritoïne et surtout le rétropneumopéritoïne associé à la tomodensitométrie permettent d'affirmer la nature splénique d'une tumeur. Cependant seuls les examens artériographiques permettent une étude étiologique des tumeurs spléniques. La spléno-portographie est contre-indiquée par ses risques (ponction de kyste) et n'objective pas la rate; par contre l'artériographie splénique a un grand intérêt. Elle permet une étude de l'artère splénique et de ses branches, ainsi que l'étude du parenchyme splénique par la spléno-portographie de retour qu'elle donne.

Madame S. B. M..., âgée de 23 ans, est hospitalisée pour une splénomégalie isolée. Elle présente depuis 2 mois une douleur de l'hypochondre gauche. Elle n'a jamais eu d'ictère ni de prurit, l'état général est bon.

A l'examen :

Le foie n'est pas augmenté de volume, par contre la rate atteint la fosse iliaque gauche. Elle est de consistance dure. La réaction de Weinberg est positive.

L'intracâlveo-réaction de Casoni est négative. L'éosinophylie est à 5 %.

L'artériographie sélective du tronc cœliaque selon la technique de Sedlanger permet d'affirmer le diagnostic de kyste hydatique de la rate.

Au temps artériel, l'artère splénique de calibre normal est sinuuse, refoulée vers la droite. Ses branches décrivent un aspect arciforme et encorbelent une zone hypovascularisée.

La parenchymatographie splénique fait apparaître un volumineux kyste du pôle inférieur.

L'intervention a consisté en une splénectomie. On trouve un énorme kyste.

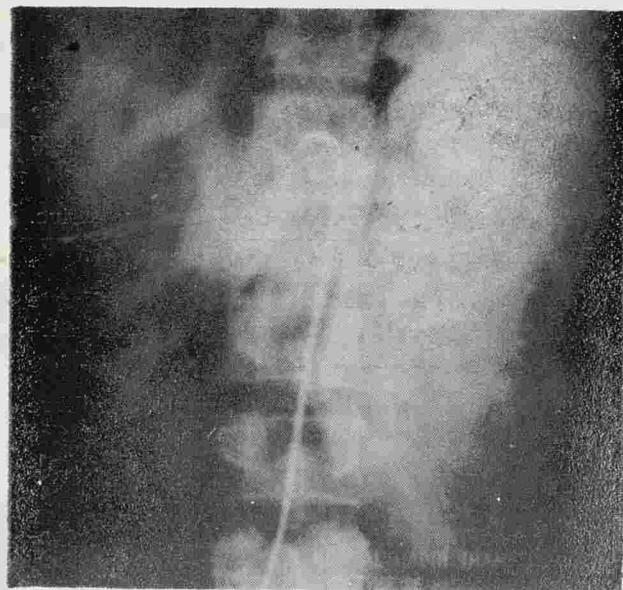


FIG. 2

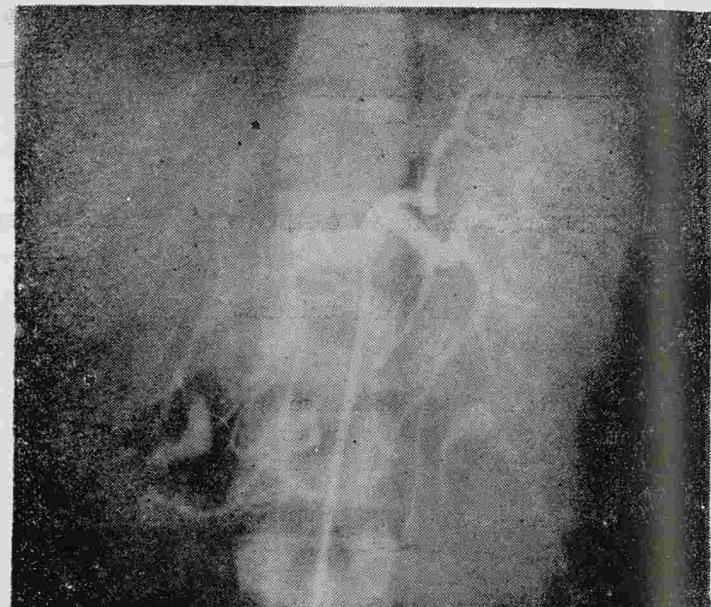


FIG. 1

FIG. 1 et 2. — *Artériographie coeliaque*
Temps artériel :

- Refoulement de l'artère splénique de calibre normal.
- Encorbellement de ses branches.

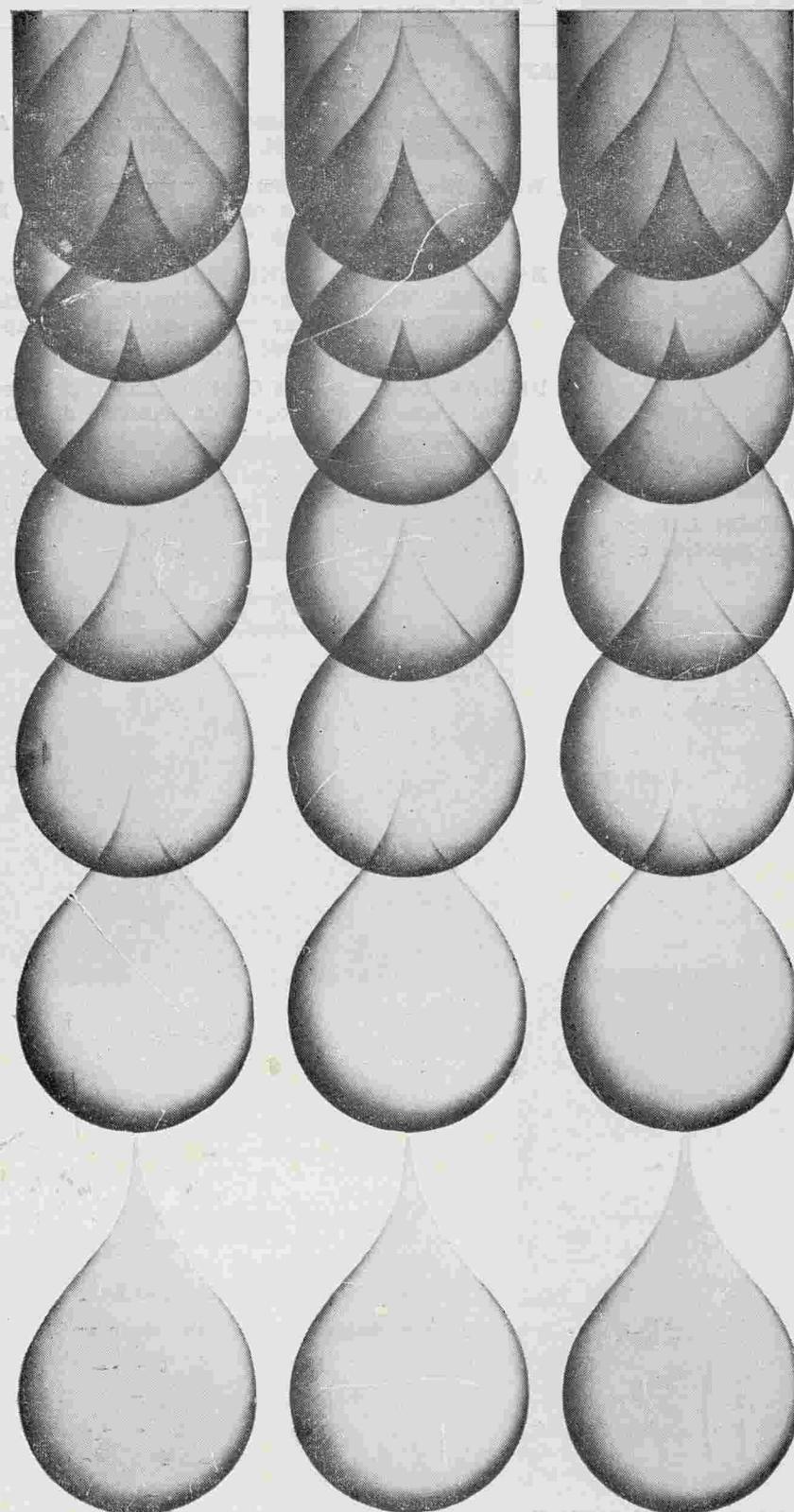


FIG. 3. — *Artériographie coeliaque*
Temps splénographique :

- Zone hypovascularisée du pôle inférieur.
- Veine splénique de calibre normal, mais renfermée.

BIBLIOGRAPHIE

- EDSMAN G. : Tumeur maligne de la rate diagnostiquée par l'artériographie splénique. *Acta Radiol*, 42, 6, 1954, pp. 461-464.
- ODMANN P. : Percutaneous selective angiographie of the main branches of the aorta. (Preliminary of report). *Acta radiol*, 45, 1, 1956, pp. 1-14.
- ODMANN P. : Percutaneous selective angiographie of celiac artery *Acta radiol*, 1958, Suppl. 159.
- BENNET J., CHALUT J., PARAF A., et PROT D. : L'artériographie hépatique dans le diagnostique des tumeurs du foie. *Presse méd.*, 72, 15, 1964, pp. 877-882.
- NESEBAR A R., POLLAR J.J., EDMUNDS L.H. et Mc KHANN C.F. : Indication for selective ce- liac and superior mesenteric angiographie. *Am. J. Roentg.*, 92, 5, 1964, pp. 1100-1109.
- WESCLER L. et ABRAMS H.L. : Hamartoma of the spleen angiographie observations. *Amer J. Roentg.*, 42, 1964, 6, pp. 461-464.
- BAUM S., ROY R., FINKESTEIN A.K. et BLAKEMORE W.S. : Chemical application of selective celiac and supérieur mésenteric arteriography. *Radiology*, 84, 2, 1965, pp. 279-295.
- HERNANDEZ C., MORIN G. et ECARLAT B. : L'embol pulsé en artériographie selective digestive; *Presse méd.*, 73, 50, 1965, pp. 2889-2894.
- Artériographie selective du tronc cœliaque et tumeur splénique**, par J. BENNET, L. BRIANT, Ed. CHERIGIE et D. DAYON, PARIS, J. et R. T. 47, N° 12, Décembre 1966.



Hygrotton® Geigy

diurétique oral d'effet
prolongé

1-oxo-3-(3'-sulfamoyl-4'-
chlorophényl)-3-hydroxy-
iso-indoline

Indications

Œdème cardiaque, rénal
orthostatique, trophique
Hypertension artérielle
Obésité par rétention
hydro-sodée
Syndrome prémenstruel

Contre-indication

Insuffisance rénale grave

Posologie

Traitements d'attaque et
cas graves : 1 à 2 comprimés
par jour en une seule
prise

Traitements d'entretien et
cas bénins : 1/2 ou 1 comprimé
tous les deux jours

Présentation

Comprimés à 100 mg
Tableau C
Etui de 15 comprimés P. cl. 7

S.S. -- Art. 115 - A.M.G.
Collectivités Publiques



Laboratoires Geigy
51-55 Bd Brune
Paris 14^e

Nouveau Geigy Tandéril® suppositoires



Laboratoires Geigy
51-55, boulevard Brune
Paris 14^e

Formule : 1-phényl-2-(p-hydroxyphényl)-3,5-dioxo-4-n-butyl-pyrazolidine monohydrate

Indications : Inflammations quelle que soit leur étiologie - Inflammations post-traumatiques - Inflammations non traumatiques de l'appareil locomoteur - Inflammations post-opératoires - Inflammations gynécologiques - Inflammations des vaisseaux sanguins et lymphatiques - Inflammations oculaires - Inflammations au cours des maladies infectieuses (adjuvant de la chimiothérapie spécifique)

Contre-indications : Les ulcères gastro-duodénaux même anciens et considérés comme guéris constituent des contre-indications formelles. L'hypersensibilité aux dérivés pyrazolés, une leucopénie, une diathèse hémorragique représentent des contre-indications. Les troubles cardiaques, hépatiques ou rénaux imposent la prudence. Toute insuffisance grave de l'un de ces organes interdit un traitement par le Tandéril

Posologie : A titre indicatif le traitement peut être conduit de la façon suivante :

Dragées : Il est conseillé de les absorber au cours des repas

— Adultes Traitement d'attaque : 2 dragées 2 ou 3 fois par jour (8 à 10 mg/kg environ)

Traitement d'entretien : 1 dragée 3 fois par jour (4 à 5 mg/kg environ)

En cas d'intervention il y a intérêt à mettre en œuvre le traitement avant l'acte opératoire

— Enfants de plus de 18 mois Traitement d'attaque : 10 à 12 mg par kg de poids et par jour pendant 2 à 4 jours (soit environ 1 à 3 dragées de 2 à 6 ans) puis, Traitement d'entretien : 6 à 8 mg par kg de poids et par 24 heures Suppositoires - Adultes (suppositoires à 250 mg) 2 suppositoires par jour - Enfants (suppositoires à 100 mg) 10 mg/kg par 24 heures

Présentation : Dragées dosées à 100 mg - Tableau C - Étui de 30 dragées - P. Cl 8 - Modèle hôpital de 500 dragées Suppositoires dosés à 100 et 250 mg - Tableau C - Boîte de 10 suppositoires à 100 mg - P. Cl 4 - Boîte de 10 suppositoires à 250 mg - P. Cl 8 - Modèle hôpital de 50 suppositoires à 100 et 250 mg

Sécurité Sociale - Article 115 - A.M.G. - Services hospitaliers

THIOPHENICOL

toutes les branches
de la lutte anti-infectieuse

**LARGE SPECTRE
ANTI-MICROBIEN**

2

présentations

INJECTABLE
toutes les infections
à germes sensibles
action énergique et prompte
taux sanguins élevés et durables



COMPRIMÉS
infections urinaires,
à germes sensibles
biliaires, intestinales,
broncho-pulmonaires
élimination :
massive par l'urine
à un taux élevé par la bile



LABORATOIRES CLIN-COMAR
20, RUE DES FOSSES-SAINTE-JACQUES - PARIS V^e

CRÉATIONS ELBÉ - PARIS

DIRECTIONS MÉDICALES ET PUBLICITAIRES CLIN-BYLA

ALGER

2, rue Louise-de-Bettignies
B. P. 380 Tél. 65.74.63

ORAN

5, rue de la Remonte
B. P. 159 Tél. 359.78

CONSTANTINE

37, rue Jules-Ferry
B. P. 15 Tél. 54.05

CASABLANCA

8, rue Saint-Quentin
Tél. 437.92

TUNIS

DAKAR

ABIDJAN

TANANARIVE

FORT-DE-FRANCE

68, avenue Farhat-Hached

3, place de l'Indépendance
B. P. 2072

B. P. 20.830

51, rue Albert-Picquié
B. P. 1427

Route de l'Union par Didier

Tél. 241.609

Tél. 210.92

Tél. 203.51

Tél. 64.12

Coliques néphrétiques

répétées dues à une compression urétérale par l'artère rénale

par les Docteurs A. KAMOUN, A. CHARRAD, M. AZAIZ et K. TOCHEV

Monsieur A. B... est hospitalisé pour coliques néphrétiques répétées droites.

Ces douleurs apparaissent surtout après effort et en cours ou en fin de journée beaucoup plus souvent que le matin

Il n'a jamais présenté :

- d'hématuries,
- ni de troubles mictionnels.



FIG. 1

U.I.V. sous perfusion.
Image de compression sur jonction
bassinet-1 retère droite.

Son bilan rénal est normal.

A l'admission, la radiographie des reins sans préparation, ne montre pas de calculs opaques aux rayons X.

L'uropathie intra-veineuse pratiquée sans compression donnait une mauvaise imprégnation des calices et du bassinet bien que le taux de l'urée sanguine soit normale.

Une uropathie intra-veineuse sous perfusion est pratiquée et révèle l'existence, à droite, d'une image en bande,

- de double tonalité croisant la jonction bassinet-uretère,
- évoquant une compression extrinsèque.

L'origine artérielle de cette compression est alors posée.

Seule l'artériographie rénale est à même de confirmer ou d'infirmer ce diagnostic.

Dans un premier temps l'artériographie rénale bilatérale met en évidence 2 artères rénales de situation et de calibres normaux.

Dans un deuxième temps l'artériographie rénale sélective droite révèle une artère rénale polaire inférieure droite croisant la jonction bassinet-uretère droite.

Le pyelogramme (obtenu par l'uropathie consecutive à l'artériographie réalisée dans un premier temps) rend plus belle et plus démonstrative cette image de croisement.

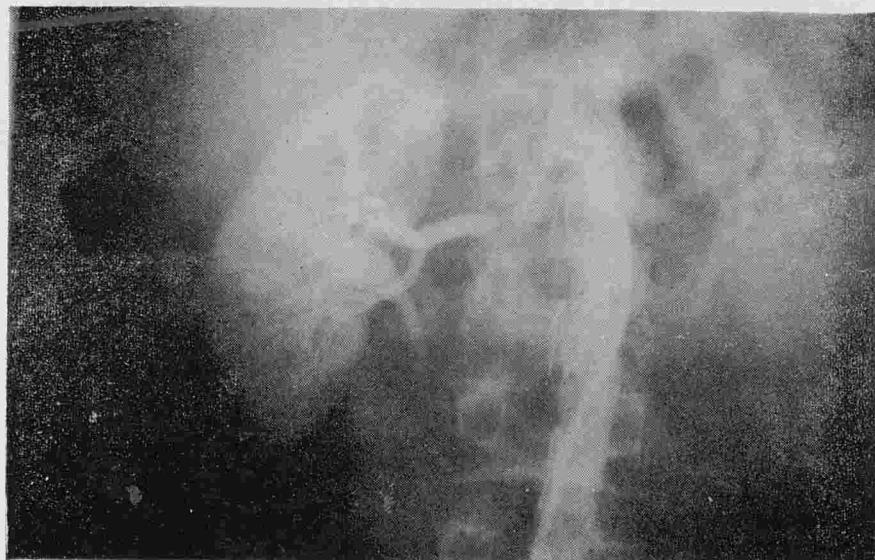


FIG. 2

*Artériographie sélective rénale droite
et uretère droit opacifié.*

Société Algérienne de Pneumo-Phtisiologie

Réunion du 10 Janvier 1970

La Société Algérienne de Pneumo-Phtisiologie a tenu sa réunion ordinaire le samedi 10 janvier 1970, au C.H.U. de Constantine, dans le cadre des Journées Médico-Chirurgicales de l'Est-Algérien.

Au cours de cette réunion, trois rapports ont été présentés, consacrés aux « acquisitions récentes sur la tuberculose, après la 20^e Conférence Internationale de New-York ».

— *Progrès en chimiothérapie de la tuberculose dans les pays en voie de développement*, par D. LARBAOUI.

Revue générale des expériences de chimiothérapie intermittente dans le monde, notamment des enquêtes contrôlées menées en Inde (Centre de Chimiothérapie de Madras), au Maroc et en Algérie.

— *Etudes actuelles sur le devenir des tuberculeux*, par P. CHAULET.

L'étude du devenir des tuberculeux un an ou deux après le début de la chimiothérapie permet d'évaluer l'efficacité réelle du traitement dans la pratique courante. Comparaison d'enquêtes rétrospectives menées à Birmingham, au Kenya, à Paris et à Alger.

— *Problèmes actuels de la vaccination BCG*, par L. MOKHTARI.

L'organisation des campagnes de masse de vaccination BCG pose deux problèmes : d'une part l'intégration de la vaccination dans les activités de Santé Publique, après la campagne de masse; d'autre part l'évaluation : technique, opérationnelle et économique de la vaccination.

* * *

Diverses communications ont été présentées au cours de la journée.

— *Cancer, tuberculose, hydatidiose pulmonaire : diagnostic souvent difficile*, par P. GUEDJ.

Les aspects atypiques de l'hydatidiose (et notamment les « rétentions de membrane ») et les

« pyo-pneumo-kystes ») posent souvent des problèmes difficiles. Une fois sur trois au moins, des malades non tuberculeux ont été traités pour tuberculose plusieurs mois avant l'intervention qui fait le diagnostic.

— *Trois ans de fonctionnement du dispensaire anti-tuberculeux de Constantine : bilan et réorganisation*, par M. KHELLAF.

Le nombre de tuberculeux pris en charge à Constantine est de 1.002 en 1968, 1.169 en 1969. En 1969, sur les 786 cas considérés comme des « nouveaux cas de tuberculose », la preuve bactériologique de la maladie n'a été apportée que 129 fois, soit dans 16 % des cas présumés. Un renforcement du laboratoire de bactériologie est indispensable.

— *La tuberculose pulmonaire des adultes dans l'Ouest-Algérien*, par I. STAHLÉ.

Enquête radiographique de masse menée dans un arrondissement de l'Ouest-Algérien. 13 140 adultes ont été vus en radiographie. 2,5 % des sujets présentaient des images suspectes de tuberculose (1,5 % tuberculose cicatricielle; 1 % tuberculose évolutive). Parmi les sujets jugés porteurs d'image de tuberculose évolutive, la preuve bactériologique de la tuberculose n'a pu être faite que dans 11 cas, soit une prévalence de 0,1 % environ.

— *Valeur de l'écouvillonnage laryngé dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'enfant*, par M. TOBBAL, J. CERNAY, J. GROSSET.

L'écouvillonnage laryngé, bien que moins « rentable » que le tubage gastrique, est une méthode d'efficacité remarquable, susceptible d'être utilisée en pratique de routine dans les dispensaires, et d'être répétée facilement.

— *Trois cas de pneumothorax spontanés hydatiques*, par A.P. BAZIAK, B.F. MAKOVSKY, G.L. PAVLOUK.

Le kyste hydatique du poumon, se rompant dans la plèvre, provoque, soit un hydatidopneumo-

thorax ou un pyopneumothorax, soit un pneumothorax chronique sans réaction liquidienne lorsque le contenu du kyste a été évacué par vomique. Illustration par trois cas, guéris chirurgicalement, observés sur une série de 120 kystes opérés à Constantine.

— *Emphysème médiastinal*, par M. BOULAHBAL, M. KOUJDRI, L. BENABDALLAH.

Cinq cas d'emphysème médiastinal spontané ont été observés à Alger en quatre ans, soit 0,15 % des malades hospitalisés (dans la même période, 217 pneumothorax spontanés ont été observés). L'emphysème médiastinal était dû à la tuberculose (2 cas), à l'asthme (1 cas), à une staphylococcie (1 cas), à une bronchopneumopathie aiguë (1 cas).

— *Sarcoïdoses respiratoires observées à Alger*, par D. LARBAOUI, P. CHAULET, K. ABDERRAHIM, A. ZIROUT, N. OUSSEDIK, M. BOUGHERBAL, avec la collaboration de la Chaire d'Anatomie Pathologique.

Huit nouveaux cas de sarcoïdose, à localisation respiratoire exclusive ou prédominante ont été observés à Alger depuis 3 ans. Ces huit cas ont été confirmés histologiquement et soumis à la corticothérapie. Commentaires sur la fréquence de la sarcoïdose en Algérie.

P. CHAULET.

INFORMATIONS

20^e SEMAINE DE PSYCHOTHERAPIE DE LINDAU

du 27 avril au 9 mai 1970 à Lindau (B.)

Voici un aperçu du programme :

1^o Tous les matins (du 27 avril au 2 mai) : Exposés sur les thèmes suivants :

a) « Tendances régressives dans la situation thérapeutique : Sur l'importance de fuite et retraite, de protection et récréation dans la pratique du médecin et dans l'hôpital » (du 27 au 30 avril);

b) « Sur la pratique de la psychothérapie générale (du 1^{er} au 2 mai);

c) Séance parallèle pour les participants avancés (1^{er} mai) : Table ronde sur : « Les problèmes de la fin du traitement psychothérapeutique »;

d) Discours à l'occasion du 20^e anniversaire de la Semaine de Psychothérapie de Lindau (2 mai) : La psychothérapie, le médecin et son malade ».

2^o Un exposé d'introduction : « Difficultés et problèmes de la transformation de la théorie psychologique en action thérapeutique » (du 27 avril au 1^{er} mai).

3^o Tous les après-midi (du 27 avril au 1^{er} mai) : Travail en groupes, cours sur les principales questions pratiques en psychothérapie avec études casuistiques; des groupes d'expérience en psychothérapie analytique de groupe.

4^o Cours et séances d'exercices en :

a) « Hypnose » (du 27 avril au 1^{er} mai);

b) « Thérapie par détente et respiration » (du 27 avril au 8 mai);

c) « Thérapie concentrative par le mouvement » (du 27 avril au 8 mai);

d) « Cours psychiatrique et psychothérapeutique sur : La dépression en pratique médicale courante » (du 4 au 9 mai);

e) « Introduction au cours avancé en training autogène » (du 4 au 9 mai);

f) « Imagination catathyme expérimentale » (du 4 au 8 mai);

g) « Thérapie d'expression artistique » (du 4 au 8 mai);

h) « Psychogymnastique » (du 4 au 8 mai);

i) « Sceno-teste » (du 4 au 8 mai).

Le programme scientifique sera complété par une exposition de peintures des malades. Il y aura aussi l'occasion d'échanger les expériences sur les problèmes de la psychothérapie dans le cadre de la pratique médicale.

La langue officielle sera seulement l'allemand.

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Secrétariat de la Semaine de Psychothérapie de Lindau : D-8 München 81, Adalbert - Stifter-Str. 31.

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1969

	<small>PAGES</small>
ADENOPATHIE : Que faire d'un malade porteur d'adénopathie cervicale dite chronique (problèmes posés par 296 malades observés à l'Institut National de Cancérologie de Tunis)	235
ARTERIOGRAPHIE : Artériographie sélective du tronc cœliaque dans les kystes hydatiques du foie	351
— Artériographie sélective du tronc cœliaque dans les kystes hydatiques de la rate	425
ALBERS-SCHOMBERG (maladie d') : A propos de trois cas découverts dans une même famille	263
BRULURES : Les grands brûlés	215
CALCINOSE : A propos d'un cas chez un adolescent de 17 ans	263
— Chondro-calcinose articulaire diffuse familiale	339
CANCER : Les tumeurs de Krukenberg	135
— Elément de pronostic et évolution des cancers du col utérin au stade II	147
— Indications thérapeutiques du cancer du sein pendant la grossesse	161
— Un cas rare de leiomyome du côlon transverse s'étant révélé malin	183
CARDIOPATHIE : Cardiopathies congénitales opérées à cœur ouvert	411
CHOLERA : Histoire du choléra épidémique en Tunisie	399
COLIQUES : Coliques néphrétiques répétées dues à une compression urétérale par l'artère rénale	431
CONTRACEPTION : Contraception intra-utérine dans un utérus double	367
— Loop migratrice sur l'appendice	121
DECANULATION : A propos d'une décanulation difficile	189
EPILEPSIE : L'épilepsie en Afrique du Nord	327
GAUCHER (maladie de) : A propos d'un cas de maladie de Gaucher	269
HELMINTHIASES : Les helminthiases et leur traitement	123
— Les helminthiases (suite)	275
HYDATIDOSES : Hydatidose osseuse (aspects radiologiques)	415
HYPERTENSION : A propos d'un cas d'hypertension portale par bloc extra-hépatique traitée par anastomose spléno-rénale	37
— Traitement des hypertensions de gravité moyenne ou sévère par le Tenserlix	229

PAGES

MALFORMATIONS : A propos de quelques malformations utérines du type Rokitansky-Kuster-Hauser	71
— Triple malformation génitale urinaire et vertébrale	103
— Testicule féminisant. A propos de 3 observations	89
MEDECINE : La médecine de l'âme chez les arabes	15
OS : Hydatidose osseuse (aspects radiologiques)	415
PSYCHOLOGIE MEDICALE : Rhazès - Psychologie médicale — Psychosomatique et déontologique	5
PSYCHOSOMATIQUE : Perspective de la psychosomatique en Médecine	29
PROLAPSUS : A propos de 66 cas de prolapsus génitaux traités chirurgicalement	81
SYMPATHOME : Un cas de sympathome embryonnaire chez l'adolescent	43
TUMEURS : Etonnante régression d'une tumeur pelvienne de l'enfant par la chimiothérapie anticancéreuse	375
— Les tumeurs de Krukenberg	135
— Tumeurs et syndromes endocriniens ectopiques	383

TABLE DES AUTEURS

AMMAR S.	5-15-61-193-305-313
ACHOUR H.	37
ALLOULOU M.	229
ARNOULET F.	399
ATALLAH M.	189
AYARI H.	361-425
AZAIZ M.	263-425
BEN ABDALLAH R.	49
BENATTIA A.	253
BEN ISMAIL M.	229-317
BEN OSMAN R.	260
BENZINA BEN CHEIKH T.	117-121
BENZINEB T.	81-103
BOUDJEMAA B.	117-121
BOUKHRIS R.	383
BRUGERE J.	235-239
CHAABOUNI M.	81-103
CHARRAD A.	431
CHELLI M.	71-111
CHRISTOZOV C.	327
CORCOS A.	375
FARZA B.	71- 89-111
FLISS A.	43
FOURATI M.	317-351-411-425-431
GHARBI S.	37
GARGOURI M.	123-275
GHARIANI M.	317
HADDAD N.	43-339
HADJ SALAH H.	37
HAFSIA M.	183

JAILLON P.	317
KAMOUN A.	253-263-351-361-367-415-425-431
LABORDE J. P.	229
LACOUR J.	147-161
LELOUCHE J. P.	253
LOUERTANI A.	339
IUBAN PLOZZA B.	29
MAAMOURI M. T.	43-71-183
MANEL D.	43
MESTIRI S.	37
MICHEL G.	147
MOURALI N.	147-161
PANEL B. J.	31-103
PESSEREAU G.	215
POTANCOCK B.	339
REBAI COLIN M. T.	43-339
TABBANE F.	147
TOCHEV K.	253-263-351-361-415-425-431
TOMA A. V.	269
WERCIOCH B.	161
WEILER J.	183
WOLF J. P.	135
ZAIMI I.	269
ZAOUCHE A.	173-235

